

Vulnerabilidades ao HIV/aids no Contexto Brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração¹

Vulnerabilities to HIV/AIDS in the Brazilian Context: gender, race and generation inequities

Sandra Garcia

Doutora em Demografia. Pesquisadora da Área de População e Sociedade do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento-Cebrap. Endereço: Rua Morgado de Matheus, 615 - Vila Mariana, CEP 04015-051, São Paulo, SP, Brasil. E-mail: smgar@uol.com.br

Fabiana Mendes de Souza

Doutoranda em Antropologia Social pela Unicamp. Endereço: Rua das Palmeiras, 190, Bairro Jardim, CEP 09080-160, Santo André, SP, Brasil. E-mail: arabicam@gmail.com

¹ Financiamento: Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde (Contrato ED 04731/2006). Selecionado na chamada 02/2005 - Seleção de Pesquisas sobre População Negra e HIV/Aids.

Este artigo é resultado do projeto "Estudo sobre vulnerabilidades de negros e não negros ao HIV/AIDS", sob coordenação de Sandra Garcia, tendo como pesquisadoras Fernanda Lopes e Fabiana Mendes. Foi desenvolvido no âmbito da pesquisa amostral de abrangência nacional "Comportamento Sexual e Percepções da População Brasileira sobre o HIV-Aids, 2005, também financiada pelo mesmo Departamento e realizada pelo Grupo de Estudos em População, Sexualidade e Aids-GEPSAIDS.

A primeira versão deste artigo foi publicada em meio eletrônico: http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/ebooks/Demografia_em_Debate/Demografia_em_Debate_Volume2.pdf

Resumo

Objetivo: Analisar o conhecimento da população sobre DST/aids, bem como os discursos sobre o uso do preservativo e das práticas sexuais. **Métodos:** Pesquisa qualitativa com 64 indivíduos jovens e adultos, brancos e negros, sexualmente ativos, de ambos os sexos. A vulnerabilidade ao HIV/aids foi discutida a partir da perspectiva racial (negros ou brancos), geracional (entre 16 e 24 anos ou 45 e mais) e de gênero (masculino ou feminino). Foram realizadas entrevistas em profundidade com roteiro semiestruturado nas cidades de São Paulo (SP) e Recife (PE), sobre os temas: conhecimento e percepção sobre DST/aids, percepção de risco individual, negociação e uso de preservativos, iniciação sexual e práticas sexuais. **Resultados:** Os indivíduos menos escolarizados, os homens, os mais velhos e os moradores de Recife foram os menos informados sobre DST/aids. Pessoas acima de 45 anos e os menos escolarizados possuíam conhecimento incipiente sobre as formas de transmissão e prevenção das DST/aids. O uso do preservativo entre os entrevistados de ambas as cidades foi relativamente baixo; a não utilização do preservativo entre as mulheres em relação estável foi atribuída à negativa do parceiro. Entre os entrevistados que declararam usar o preservativo, o tipo de relação estabelecida e a fase do relacionamento resultaram em padrões de uso diversificados; o uso consistente do preservativo foi mais frequente nas parcerias eventuais. **Conclusões:** O conhecimento incipiente aliado à prática sexual insegura coloca mulheres unidas, de baixa escolaridade, menor renda, sobretudo acima dos 45 anos, e os residentes de Recife em situação de maior vulnerabilidade às DST/aids.

Palavras-chave: DST/aids e vulnerabilidades sociais; Iniquidades de gênero; Raça e geração; Uso do preservativo; Brasil.

Abstract

Objective: The objective of this paper is to assess the level of knowledge and information held by the population about HIV/AIDS, and to analyze discourses about condom use and sexual practices.

Methods: Qualitative research with 64 young people and adults, black and white, sexually active men and women. Vulnerability to HIV/AIDS was discussed from the perspective of *racial* (black or white), *generational* (between 16 and 45 or 24 years or older) and *gender* (male or female). In-depth interviews were conducted with a semi-structured script in the cities of São Paulo (SP) and Recife (PE) on the following themes: knowledge and perception about STD/AIDS, perception of individual risk, negotiation and condom use, sexual initiation and practices.

Results: The least-educated, men, elders and residents of Recife were the least informed persons as regards to HIV/AIDS. People over 45 years and the less educated had incipient knowledge about transmission and prevention of STD/AIDS. Condom use among respondents in both cities was relatively low, non-use of condoms among women in stable relationship was attributed to partner's refusal to using it. Among respondents who reported using condoms, the type of relationship established and the phase of the relationship resulted in varied patterns of use; the consistent use of condoms was more common in occasional partnerships.

Conclusions: The incipient knowledge in association with unsafe sexual practice puts women in stable relationship, poorly educated, lower income, particularly above 45 years, and residents of Recife in a situation of greater vulnerability to STD/AIDS.

Keywords: STD/AIDS; and Social Vulnerability; Gender, Race and Generation Inequities; Condom use; Brazil.

Introdução

Estudos sobre comportamento sexual e vulnerabilidades ao HIV/aids têm sido conduzidos ao longo das duas últimas décadas, em vários contextos socioculturais (Hubert e col., 1998; Johnson e col., 2001; Laumann e col., 1994; Wellings e col., 2006). Esses estudos têm mostrado que o processo de disseminação da epidemia e seu impacto são diferenciados nas populações, e que identificar e reconhecer as diferenças e especificidades desse processo é imprescindível no planejamento e na implementação de políticas e programas voltados para o atendimento dos grupos mais vulneráveis à exposição ao HIV.

O conceito de “vulnerabilidade” teve destaque no início da década de 1990 entre cientistas do campo da saúde que, na intersecção de vários campos do saber, buscavam estratégias para o enfrentamento da aids. De acordo com Ayres e colaboradores (2003), o conceito de vulnerabilidade é expresso por um “conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados ao grau e modo de exposição a uma dada situação e, de modo indissociável, ao maior ou menor acesso a recursos adequados para se proteger das consequências indesejáveis daquela situação”.

A adoção do termo vulnerabilidade permite traduzir a complexidade dos aspectos individuais e coletivos relacionados à exposição ao HIV e ao adoecimento por aids (Mann e col., 1993; Ayres e col., 2003). Substitui as noções de grupos de risco - associada a ideias rotuladoras e, portanto, geradoras e reprodutoras de preconceito e estigmatização - e sua sucedânea, as de comportamento de risco. Nesta, o foco dirigia-se aos aspectos comportamentais individuais da prevenção, em detrimento de características relacionadas à construção social e cultural da epidemia. Nesse sentido, destaca-se o esforço teórico de um grupo de pesquisadores na elaboração de um quadro de referência conceitual e metodológico capaz de captar e avaliar vulnerabilidades em níveis interdependentes de análise: individual, social e político-programático.

No plano individual, são várias as definições para o conceito de vulnerabilidade, segundo contexto, por

exemplo: epidemiológico, identificando aqueles que apresentam maiores graus de exposição; operacional, aqueles que necessitam de maior grau de proteção e assistência; social, aqueles que não têm seus direitos efetivados e aqueles sem acesso aos serviços e bens sociais disponíveis; econômico, aqueles sem acesso a um nível satisfatório de assistência, devido às limitações financeiras.

No plano social, a vulnerabilidade diante das doenças sexualmente transmissíveis (DST) e ao HIV/aids e outros agravos é mediada: pela noção de cidadania e de direitos, em especial, o direito humano à saúde, os direitos sexuais e reprodutivos e o direito à livre orientação sexual; pelo repertório de crenças e valores relacionados ao exercício da sexualidade, ao processo saúde/doença/cuidado; pelos sentidos e significados sociais atribuídos ao pertencimento étnico e racial², à masculinidade, à feminilidade e às identidades de gênero³, à idade e geração, denominação religiosa, dentre outras dimensões.

As vulnerabilidades são definidas na relação com o outro, seja pessoa ou equipamento social. Nesse sentido, os estudos de vulnerabilidade apresentam-se como recursos interpretativos da condição da pessoa humana nas sociedades modernas e seus horizontes práticos são de natureza político-cultural, pois desafiam seus condutores a denunciar os determinantes sociais do agravo, a “coletivizar” os compromissos políticos, e a construir estratégias de intervenção que atinjam, produtiva e efetivamente, esses determinantes (Ayres e col., 1999, 2003).

A dimensão programática da vulnerabilidade é caracterizada pelos investimentos em ações e programas de informação e educação preventivas; pela existência de serviços sociais e de saúde de fácil acesso, com alta qualidade, democraticamente delineados, periodicamente retroalimentados e avaliados; e pela adoção de mecanismos de não discriminação nas instituições.

Populações vulneráveis ao HIV/aids no Brasil

A epidemia, que na primeira década mantivera-se fundamentalmente restrita às áreas metropolitanas de região Sudeste, aos homens que faziam sexo com outros homens, aos hemofílicos, aos hemotransfundidos e aos usuários de drogas injetáveis, vem crescendo de forma considerável entre as mulheres, em decorrência da transmissão heterossexual. Desde 1993, essa passou a ser a principal modalidade de exposição ao HIV para o conjunto de casos notificados, superando as categorias “homossexual” e “bissexual”.

Desde meados dos anos 1990, o aumento do número de casos na população feminina tem sido um fenômeno mundial, mas em nenhum outro país foi tão rápido quanto no Brasil (Bastos, 2001). A razão entre sexos vem diminuindo sistematicamente, passando de 26,5 homens por mulher em 1985 para 1,5:1 em 2005 (Brasil, 2006). Em dez anos, a via de transmissão sexual entre as mulheres infectadas passou de 85%, em 1996, para 96%, em 2006 (Brasil, 2008).

Outra característica do processo de mudança no perfil da epidemia é o persistente aumento do número de casos entre pessoas com 30 anos ou mais. A velocidade com que a epidemia de aids se expande tem decrescido entre os homens de 13 a 34 anos, mas não entre mulheres dessa faixa etária. Para as pessoas de 35 anos ou mais, as taxas de incidência (por 100.000 habitantes) crescem constantemente, sobretudo entre as mulheres de 50 e 59 anos, passando de 6,1, em 1996, para 13,1, em 2005.

As desigualdades socioeconômicas do País também influenciam a dinâmica da aids. Nesse sentido observa-se aumento da incidência de casos na população de menor nível socioeconômico (Parker, 1994; Bastos e Szwarcwald, 2000; Parker e Camargo Júnior, 2000). Em 1996, cerca de 70% dos homens soropositivos tinham nível de escolaridade

2 Pesquisas revelam que a população negra, quando comparada à população branca, apresenta indicadores socioeconômicos e demográficos que a colocam em nível de vulnerabilidade maior: são os mais mal pagos, atuam em profissões de menor prestígio social, com baixo índice de participação no nível superior de ensino. (Paixão e Carvano, 2008; Guimarães, 1997, 2002; Hasenbalg e Valle Silva, 1992).

3 Vários estudos na área das Ciências Sociais revelam que a relação entre homens e mulheres é historicamente marcada pela desigualdade de acesso ao poder, inclusive sobre o próprio corpo feminino. E, apesar de suas conquistas, as mulheres ainda não possuem o mesmo estatuto social masculino, situação agravada pela classe social, faixa etária e grau de escolaridade. (Chor e Lima, 2005; Corrêa, 1999; Strathern, 1990).

até o ensino fundamental, número superado pelas mulheres soropositivas já no final da década de 1980 (Fonseca e col., 2000).

O desenvolvimento dos antirretrovirais e, posteriormente, a garantia de acesso ao tratamento de alta eficácia, contribuíram sobremaneira para a redução da letalidade. Todavia, o impacto positivo do direito conquistado é influenciado pela região de moradia e se apresenta distinto para homens e mulheres, para pretos ou pardos e brancos (Brasil, 2006). Em que pese a elevada proporção de óbitos com “cor de pele ignorada”, de 2000 a 2006 houve uma diminuição proporcional de óbitos por aids em mulheres e homens brancos, e um leve aumento proporcional de óbitos na população parda, sobretudo no sexo feminino (Brasil, 2006).

Este artigo teve como objetivo discutir a vulnerabilidade às DST/aids por meio do conhecimento da população sobre DST/aids e o uso do preservativo, a partir da perspectiva racial, geracional e de gênero.

Métodos

Os dados analisados referem-se à fase qualitativa do “Estudo sobre vulnerabilidades de negros e não negros ao HIV/aids”, realizado entre 2006 e 2007. A primeira fase teve uma abordagem quantitativa, em que foi analisada uma subamostra visando identificar diferenciais étnico-raciais, de gênero e faixa etária no processo de vulnerabilização da população ao HIV/aids.

Com base nesses achados da fase quantitativa do estudo, delineou-se a investigação qualitativa. Para compreender os significados das percepções e práticas sexuais foram realizadas entrevistas em profundidade com roteiro semidirigido sobre os seguintes temas: conhecimento e percepção sobre a aids, percepção de risco individual e social, práticas sexuais e negociação e uso de preservativos, iniciação sexual e práticas sexuais, testagem anti-HIV e acesso aos serviços de saúde. Os critérios de elegibilidade para a entrevista eram: ter entre 16 e 24 anos ou 45 anos ou mais, cor (branca ou negra autorreferida) e ter parceiro sexual. A seleção foi feita pelos entrevistadores por meio de duas estratégias: rede de relações dos entrevistadores e abordagem aleatória. Foram selecionados 64 indivíduos sexu-

almente ativos, residentes nos municípios de São Paulo (n = 32) e Recife (n = 32), em 2007, com baixa e alta percentagem de população negra, respectivamente. A entrevista, com duração média de 30 minutos para os homens e 50 minutos para as mulheres, foi realizada em um lugar privativo, escolhido pelo entrevistado e precedida de um esclarecimento informando seus objetivos. Além disso, tomou-se a precaução de que o sexo do entrevistador coincidissem com o do entrevistado. A maioria dos entrevistados foi receptiva à entrevista, não havendo negativa em responder qualquer questão, mesmo sabendo que poderiam interromper a entrevista ou se negar a responder a qualquer uma das questões.

Este estudo aborda o conhecimento da população de estudo sobre DST/aids e os discursos sobre o uso do preservativo.

Foram adotadas as recomendações da Resolução CNS/196/96 do Conselho Nacional de Saúde para a participação de indivíduos e/ou grupos em pesquisas. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. A entrevista só foi realizada em condições de privacidade e mediante assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo(a) entrevistado(a).

Resultados

Informação, prevenção e tratamento das DST/aids

O nível de conhecimento sobre prevenção e tratamento das DST/aids entre moradores das cidades de São Paulo e de Recife é preocupante. De forma geral, os menos escolarizados, os homens, os mais velhos e os moradores de Recife destacaram-se como os menos informados sobre DST/aids. Eles relataram como fonte de informação predominantemente os meios de comunicação de massa. Entrevistados mais jovens e mais escolarizados obtinham informações adicionais por meio da internet.

Apesar de todos os entrevistados terem afirmado possuir informações sobre a aids, houve relatos, principalmente entre os mais velhos e menos escolarizados, sobre formas incorretas de transmissão e prevenção, além de “especulações” produzidas pelo imaginário popular. Em alguns depoimentos

de homens, houve relatos de tratamentos “caseiros” das DST, como: uso de sabões específicos e de alguns produtos alimentícios, como ovos e café no processo de higienização íntima.

O mais preocupante, entretanto, foi o nível de conhecimento daqueles com maior nível de escolaridade, sugerindo uma provável falha das instituições escolares. Um adulto, negro, com nível superior de escolaridade, professor de ensino médio e morador da cidade de São Paulo, afirmou que as pessoas têm o “HIV congênito” e alguns desenvolvem e outros não. Essa informação, segundo ele, foi obtida em uma palestra para professores da rede pública e tem sido por ele replicada para seus alunos.

No que se refere às formas de prevenção contra a aids, todos os entrevistados mencionaram o uso do preservativo nas relações sexuais. Não obstante o reconhecimento do preservativo como forma de prevenção à aids, alguns entrevistados, sobretudo homens mais velhos, de Recife, revelaram em suas falas que reconhecem e utilizam outras formas de prevenir o contágio do HIV. Para esses homens, a exclusividade sexual, a diminuição de parceiros e o fato de conhecer o parceiro são as melhores formas de se prevenir. Chamam atenção os depoimentos de dois homens. Um jovem, negro, com escolaridade fundamental, morador de São Paulo, afirmou que para se prevenir é necessário lavar o pênis entre as práticas sexuais anal e vaginal. O outro depoimento, de um adulto, negro, com escolaridade média, morador de Recife, revelou que se previne contra a aids controlando o seu “fluxo urinário”. Ambos os depoimentos indicam uma associação comum entre doença e higiene, em que ao se cuidar da higiene, elimina-se a doença. Observa-se o desconhecimento explícito sobre as variadas causas de DST, em que se acredita que todo adoecimento é provocado por contágio com micro-organismos facilmente elimináveis pelo processo de higienização.

Essa desinformação e/ou disseminação de informação incorreta está provavelmente associada a uma falha não somente no processo educativo por parte do sistema escolar, mas também pelas campanhas públicas. Os entrevistados criticam o conteúdo das campanhas e a linguagem utilizada nelas. Para a maior parte deles, a sazonalidade das campanhas preventivas nos meios de comunicação de massa

prejudica o processo educativo. Muitos afirmaram que “fazer campanhas” e distribuir preservativos somente durante o carnaval é um equívoco, pois “não se pega aids só no carnaval”. Muitos entrevistados expressaram a necessidade de ampliar o período e os locais de divulgação das campanhas, e não somente em épocas específicas. Além disso, uma entrevistada jovem afirmou que a condução esporádica das campanhas de incentivo ao uso do preservativo não favorece uma vida sexual segura. Para ela, essas campanhas deveriam mostrar como se usa o preservativo; ela ainda revelou não saber colocá-lo, função que ela já destinou ao companheiro.

Outra entrevistada, adulta, de escolaridade superior afirmou que as campanhas de incentivo ao uso do preservativo se assemelham às campanhas contra o mosquito da dengue, que são realizadas somente em um período do ano e “depois fica em branco” e “ninguém faz mais nada”. Segundo ela, quem já tem um comportamento preventivo segue com as práticas sexuais seguras, mas quem não tem hábito de usar preservativo esquece as recomendações feitas assim que as campanhas se finalizam. Na sua avaliação, quem tem filhos(as) adolescentes não pode esperar pelas campanhas do governo.

Os depoimentos ainda revelam haver pouca informação sobre o tratamento da aids. Embora os entrevistados tenham relatado conhecimento da existência do chamado “coquetel” para as pessoas soropositivas, desconhecem sua obtenção nos serviços públicos de saúde.

Uso do preservativo

A declaração de uso do preservativo entre os entrevistados de ambas as cidades foi relativamente baixa. Entre os entrevistados que declararam usar o preservativo, o tipo de relação com o parceiro e a fase do relacionamento determinaram padrões de uso diversificados. Assim, o uso consistente do preservativo esteve associado ao tipo de parceria: na prática de sexo eventual, aqueles que se relacionavam com pessoas “desconhecidas” tendiam a usar consistentemente o preservativo; em relacionamentos estáveis monogâmicos, o uso do preservativo era restrito ao início do relacionamento, quando ainda não se construiu laços de intimidade e confiança com o parceiro.

Para os homens jovens, usuários consistentes ou não do preservativo, a motivação principal relatada foi o controle da reprodução, sobretudo se a parceira não usasse outros métodos contraceptivos. Algumas mulheres justificaram o uso do preservativo pelo fato de não terem se adaptado a outros métodos contraceptivos. No entanto, afirmaram disposição em abandonar seu uso se o controle da reprodução pudesse ser resolvido de outra maneira. Nesse sentido, o uso transitório do preservativo parece ser, por um lado, uma prática utilizada quando ainda se está tentando construir um compromisso afetivo-sexual, e de outro, a solução para o controle da reprodução na ausência de alternativas mais satisfatórias por parte da mulher. Uma das entrevistadas afirmou que iria suspender o uso do preservativo assim que começasse a usar a pílula anticoncepcional, que usava o preservativo por não confiar no método mais antigo, a “tabelinha”.

Muitos dos entrevistados que afirmaram usar camisinha, o faziam como método contraceptivo e não por prevenção ao HIV. Apesar de não fazerem uso do preservativo em suas relações conjugais, por acreditarem estar resguardadas pela estabilidade da união, entrevistadas mais velhas mostram a preocupação de que seus filhos façam uso do preservativo considerando os riscos de exposição à aids e de gravidez indesejada. Uma dessas entrevistadas afirmou que a geração de jovens de hoje deveria ser a “geração da camisinha”, em função de uma vida sexual mais ativa, com parcerias sexuais variadas e sem a preocupação com valores como a fidelidade, muito importantes para as mulheres de sua geração.

Apesar da crença da maior parte dos entrevistados (de ambos os sexos) de que a intimidade e a estabilidade do casamento garantam a segurança dos cônjuges ao contágio pelo HIV, é preocupante a realidade que se revela nos depoimentos de homens mais velhos, especialmente os de Recife. Eles referiram não usar preservativo nem nos relacionamentos extraconjugais, considerados também como estáveis e não eventuais.

Outra forma de excluir o uso de preservativo das relações sexuais estáveis foi relatada entre os jovens, com alto grau de escolaridade e na sua maioria moradores de São Paulo: realizar o teste

anti-HIV. De acordo com esses entrevistados, assim que uma relação começa a se “estabilizar” e na pressuposição da exclusividade sexual entre ambos, a realização do teste anti-HIV desobriga o casal do uso do preservativo.

A orientação religiosa parece não exercer interferência direta nas práticas e comportamentos sexuais. Uma entrevistada relatou não seguir o que a sua religião (catolicismo) prega sobre comportamento sexual, pois segundo ela, sua religião “não cuida da sua saúde”. Outro entrevistado, evangélico, também afirmou que sua “salvação” é o preservativo. Uma entrevistada descreveu o comportamento do pastor da igreja que frequenta como “mais liberal”. Segundo ela, o pastor fala em particular com os jovens sobre o uso do preservativo, revelando o tabu e a proibição de se falar abertamente sobre esse assunto no culto, uma vez que a vida sexual dos fiéis deveria existir apenas após o casamento. Alguns entrevistados católicos, sobretudo os menos escolarizados, sequer sabiam da campanha pública da igreja católica contra o uso do preservativo.

A convivência e a intimidade construídas no cotidiano da relação parecem afastar, para grande parte dos entrevistados, o risco de contágio do vírus HIV ou qualquer outra DST. É importante pontuar, entretanto, que a expressão *confiança*, muito recorrente nas falas de todos os entrevistados, não tem necessariamente o mesmo significado para homens e mulheres. Para os homens a confiança na parceira (namorada, esposa/companheira) significa crença na fidelidade da parceira, ou seja, na exclusividade sexual. Entre as mulheres, a palavra *confiança* se reveste de outro sentido. Para elas, confiar no parceiro não é acreditar na fidelidade, na exclusividade nas relações sexuais, pois algumas revelaram desconfiar da fidelidade do namorado, marido/companheiro no relacionamento. A confiança das mulheres está relacionada à crença na prevenção do parceiro nas relações extraconjugais: deixar de usar o preservativo em casa pressupõe seu uso fora de casa.

Além da justificativa da confiança no parceiro para o não uso do preservativo, muitos depoimentos indicaram outro elemento cultural, bastante difundido, quanto ao significado do uso do preservativo para a população masculina: “é o mesmo que chupar papel com bala”. Para grande parte dos homens e

para algumas mulheres o preservativo incomoda no ato sexual: para eles, o preservativo altera a sensibilidade, prejudicando a ereção; para as jovens, a relação sexual com preservativo pode provocar alergia de contato ao material. Um entrevistado declarou “não gostar” de usar o preservativo, apesar de nunca ter usado, confirmando que o “não gostar” não se refere ao preservativo, mas sim ao ato de usá-lo.

Não obstante aos vários motivos declarados para o não uso do preservativo, a maior parte das mulheres - ainda que num primeiro momento tenham atribuído outros motivos para o não uso - alega não utilizar o preservativo devido à negativa do parceiro. Isso mostra um baixo poder de negociação das mulheres ao uso do preservativo, portanto, uma maior vulnerabilidade às DST/aids.

Algumas entrevistadas disseram que se dependesse delas não teriam relações sexuais sem preservativo, mas como na prática essa decisão é do parceiro, ficam sujeitas ao comportamento sexual de seus companheiros fora de casa, esperando que eles usem preservativos em suas relações extraconjugais. Uma entrevistada, usuária consistente do preservativo, relatou que suas amigas evitam solicitar aos seus parceiros que o utilizem, pois temem um julgamento negativo por parte deles a respeito delas. A exigência feminina do uso do preservativo significaria o mesmo que dizer aos parceiros que eles devem se proteger delas. No caso, o uso do preservativo no casamento só se justificaria como método contraceptivo.

Discussão

Este estudo mostrou que todos os entrevistados revelaram maior conhecimento a respeito da aids do que em relação às DST, ainda que básico. É preocupante a lacuna de informações sobre DST mesmo entre os entrevistados mais escolarizados, pois grande parte mostrou dificuldade em nomear DST conhecidas. Estudos localizados revelam uma maior dificuldade das mulheres em assumir um quadro sintomático associado às doenças transmitidas pela via sexual. Em um trabalho sobre negociação e práticas de prevenção de DST/aids entre moradores de uma favela em Belo Horizonte (MG), Quiroga (2006) destaca a dificuldade das mulheres em associar algumas DST,

como candidíase, com sua transmissão pela via sexual, preferindo relacioná-las ao uso de banheiros públicos.

Indicadores de conhecimento e práticas sexuais mostram que os grupos de menor nível socioeconômico, os que detêm o menor nível de informação sobre as formas de transmissão do HIV, possuem as maiores taxas de atividade sexual (Szwarcwald e col., 2000; Lopes e col., 2007) e apresentam, com maior frequência, práticas sexuais não seguras (Brasil, 2000, 2008).

O pouco conhecimento sobre DST entre a população não é novidade no campo da saúde coletiva. Trabalhos mostram que a falta de conhecimento sobre DST está presente inclusive entre estudantes da área da saúde. Gir e colaboradores (1999) encontraram uma realidade inquietante, em que o nível de conhecimento de futuros profissionais da área de saúde sobre DST se mostrou precário.

Com relação às informações sobre a aids, ressalte-se o fato de que as formas incorretas de transmissão citadas em vários relatos corroboram os achados de estudos realizados há quase vinte anos e ainda recorrentes em trabalhos mais recentes (Merchán-Hamann, 1995; Gir e col., 1999; Galvão e col., 2003). Segundo esses trabalhos, as campanhas não têm sido eficientes na divulgação das formas de transmissão da aids, deixando muitas dúvidas e lacunas. Entre as fontes de informação sobre DST/aids, destaca-se a televisão, sobretudo entre as camadas populares.

Pessoas acima de 45 anos e os menos escolarizados possuem conhecimento ainda incipiente em relação às formas de transmissão e prevenção da aids e DST, o que os levam a práticas inseguras, como a higienização dos órgãos genitais após a relação sexual como forma profilática e preventiva. Esses segmentos populacionais estão expostos ao risco de contágio pelo HIV, ratificados pelos aspectos sociais e individuais da vulnerabilidade em que se encontram.

Merchán-Hamann (1995, p. 470), estudando adolescentes pobres da cidade do Rio de Janeiro (RJ), revela que a cadeia de desinformação entre alunos começa pelos professores. Naquela pesquisa, o autor concluiu que o teor das dúvidas dos professores era similar às de seus alunos: “Muitos professores mani-

festaram não só dúvidas, mas também insegurança para enfrentar perguntas dos alunos com respeito a temas considerados delicados. O teor das dúvidas sobre aids e infecção pelo HIV foi muito similar aos dos alunos”.

A lacuna de informação relatada pelos entrevistados a respeito das DST/aids deve-se, em parte, à deficiência na divulgação desse tema nas campanhas de prevenção veiculadas nos meios de comunicação de massa. Essa deficiência é associada pelos entrevistados a dois fatores: 1) a inadequação da linguagem e dos conteúdos das campanhas aos diferentes segmentos socioeconômicos e culturais brasileiros; 2) a sazonalidade das campanhas, as quais não consideram que as práticas sexuais não se restringem a eventos específicos do calendário. Sousa e colaboradores (2008) revelam que, além da deficiência das campanhas governamentais anti-HIV, os programas de saúde não incluem a prevenção às DST/aids em suas agendas de atendimento, pois se restringem ao pré-natal, prevenção e acompanhamento de câncer de mama e do útero.

Ainda a respeito das campanhas de prevenção às DST/aids, Roso (2000, p. 395) encontrou uma realidade parecida em uma pesquisa sobre recepção dessas campanhas entre mulheres de baixa renda de uma comunidade de Porto Alegre (RS). Segundo a autora, “[...] existe uma falta de entendimento acerca das mensagens em geral e dificuldade de fixar o conteúdo de algumas propagandas [...]”.

Apesar de os depoimentos de nossos entrevistados e dos resultados do trabalho de Roso atribuírem o fracasso no processo informativo e educativo às campanhas de prevenção às DST/aids, observamos que não se trata apenas de uma incongruência entre vocabulário popular e o divulgado nas campanhas, mas uma crença maior no conhecimento popular, no “disse que disse” do que na ciência. Muitos entrevistados quando questionados sobre os seus conhecimentos sobre DST/aids referiam-se com frequência ao que aprenderam com vizinhos, amigos, familiares, etc. As campanhas raramente foram citadas como fonte de conhecimento; ao contrário, elas apareceram nas falas apenas quando questionadas sobre sua eficácia, que, como foi dito anteriormente, não possuem boa avaliação por grande parte dos entrevistados.

É preocupante também a falta de informação sobre os locais de realização do teste anti-HIV, principalmente entre os adultos menos escolarizados da cidade de São Paulo, que são os que menos declararam a realização do teste. Os entrevistados que realizaram o teste o fizeram como forma de eliminar o uso do preservativo após a fase inicial do relacionamento conforme encontrado em outro estudo (Garcia, 2006).

Os resultados mostram que não há diferença entre os grupos etários (jovens e adultos) ou raça no que se diz respeito à dificuldade de negociar o uso do preservativo com o parceiro. Entretanto, nota-se um menor poder de negociação do uso do preservativo entre as mulheres menos escolarizadas, e as residentes na cidade de Recife. Esse resultado indica que ações preventivas e educativas devem focalizar mulheres que não tiveram/têm acesso à escola. Seria importante que pesquisas futuras investigassem com mais atenção as assimetrias de gênero e especificidades regionais.

Não obstante a falta de informação ou posse de informações incorretas sobre as formas de contágio e prevenção das DST/aids, a maior parte dos entrevistados sabia que o preservativo é usado na prevenção da aids. Entretanto, nossos resultados indicaram que o primeiro fator determinante para o uso do preservativo é a “confiança” no parceiro, dada pelo tipo de união. O uso do preservativo está associado, em geral, às relações sexuais eventuais, sendo dispensado entre aqueles com relacionamentos estáveis (namoro ou união legal/consensual).

Alguns estudos têm apontado esse mesmo padrão de comportamento, cuja base é o modelo monogâmico com pressuposição de fidelidade dos parceiros; embora os homens se sintam mais protegidos da aids no casamento do que as mulheres (Pai-va, 2002; Silva e Vargens, 2009; Lopes e col., 2007; Sousa e col., 2008). Nossos resultados mostram que para as mulheres a palavra fidelidade ganha outro sentido na relação. Para elas, a fidelidade do parceiro está em usar camisinha nas suas relações extraconjugais, “deixando a doença fora de casa”. Nesse sentido, as mulheres de Recife são as mais vulneráveis ao contágio às DST/aids, uma vez que alguns homens dessa região relataram não usar preservativo nas relações extraconjugais porque

as amantes são percebidas como parcerias estáveis (Guerriero e col., 2002).

Quanto aos jovens, é possível que alguns fatores contribuam para mudança do padrão de comportamento sexual, como, por exemplo, a troca de informações entre os pares, acesso a vários tipos de materiais informativos e educativos nas escolas sobre atividade sexual e prevenção do HIV, bem como o acesso à internet, dentre outros (Garcia, 2006). Paiva e colaboradores (2003) destacam que as políticas públicas de distribuição de preservativos em massa e iniciativas de programas de prevenção em escolas e outros ambientes sociais contribuíram para a incorporação do hábito de usar preservativo entre os jovens, comportamento que tem crescido de geração para geração. Entretanto, estudos localizados têm mostrado que não basta informar para mudar, há outros elementos que influenciam na incorporação do uso do preservativo, como os modelos culturais do masculino e feminino em nossa sociedade (Garcia, 2006). O desequilíbrio das relações de poder entre os gêneros tende a produzir comportamentos mais arriscados, ao tornar a negociação do uso do preservativo mais difícil para as mulheres, mesmo as mais jovens e solteiras (Geluda e col., 2006). Em se tratando de mulheres casadas, há outras evidências empíricas que apontam a dificuldade das mulheres em solicitar o uso do preservativo ao companheiro, uma vez que devem, além de confiar nos maridos, não despertar suspeitas em relação à própria fidelidade (Guerriero e col., 2002; Silva e Vargens, 2009).

A partir da análise dos depoimentos das mulheres, fica claro como se constrói esse processo de vulnerabilização feminina da aids (Bastos, 2001). De um lado, o discurso da confiança no parceiro e, de outro, a alegação do desprazer do parceiro com o uso do preservativo. No que se refere aos homens, o discurso é o mesmo: confiança nas parceiras, mas, principalmente, desprazer no ato sexual. Os resultados encontrados corroboram vários outros estudos (Sousa e col., 2008; Santos e col., 2009; Silva e Vargens, 2009; Lopes e col., 2007) que indicam o

poder reduzido da mulher na negociação do uso do preservativo, independentemente de sua idade. Assim, é inequívoca a questão do poder de negociação limitado das mulheres quanto às práticas sexuais mais seguras, pois o fato de o homem não gostar de usar o preservativo se torna imperativo e, em muitos casos, condição para a prática das relações sexuais. Os entraves colocados para a negociação do sexo protegido - independentemente do grau de instrução, poder aquisitivo ou independência financeira da mulher - revelam a dificuldade de negociação por parte das mulheres, a falta de expectativas, de aspirações e de demandas das mulheres (Guimarães, 1996; Barbosa, 1999; Villela, 1999; Sousa e col., 2008), assim como o estatuto atribuído ao(s) seu(s) parceiro(s). A estabilidade do vínculo é interpretada como um passaporte seguro para a não infecção tanto para os homens como para as mulheres (Giami 1998; Vieira e col., 2000; Almeida, 2002).

O preservativo feminino seria uma opção para as mulheres praticarem a prevenção, já que teriam controle sobre o seu uso. Porém, o preço elevado (chega a ser 21 vezes mais caro do que o preservativo masculino) faz com que seja um método de prevenção inacessível àquelas com menor poder aquisitivo. O Ministério da Saúde ainda não contempla a distribuição gratuita do preservativo feminino em toda a rede pública. No que tange à sua produção, segundo o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais⁴ há somente um grande produtor mundial de preservativo feminino, do qual o Brasil adquire 80% de sua produção.

Considerações Finais

Os resultados deste estudo apontam a necessidade de investimento em ações de informação e comunicação para a população em geral de forma contínua e não apenas em datas específicas. Além disso, a informação deve focar as formas de transmissão das DST/aids e à testagem anti-HIV, e essa divulgação deve ser ampliada, sobretudo em locais de grande circulação de pessoas. Os meios de comunicação de

4 Comunicação feita por Cristina Possas, assessora responsável pela Unidade de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais da Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, no segundo *Workshop* de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa da Chamada 323/2005, Brasília, 11/06/07.

massa devem continuar sendo veículos importantes para a comunicação da temática, porém, com garantia de adequação e diversidade cultural, características e condições regionais. Quanto ao público, ações preventivas e educativas devem focalizar mulheres que não tiveram/têm acesso à escola. Pesquisas futuras devem investigar a fundo as assimetrias de gênero e especificidades regionais.

Recomenda-se que as questões de gênero sejam foco de ações específicas para homens e mulheres, e sejam contempladas no planejamento das políticas públicas de saúde, também se considerando as diversidades culturais e regionais. É importante promover ações específicas que atuem no combate ao preconceito contra pessoas vivendo com HIV/aids e investir na divulgação, promoção e distribuição do preservativo feminino como uma alternativa para as mulheres que não conseguem negociar o uso do preservativo masculino com seus parceiros.

Especificamente, em relação ao aumento de casos de aids entre as mulheres, sobretudo entre aquelas com parcerias estáveis, é evidente que os aspectos socioeconômicos e culturais colocam o grupo feminino em situação de vulnerabilidade crescente e estrutural. São necessárias intervenções mais incisivas, não apenas no campo da informação e prevenção por meio de campanhas públicas, mas também incorporando parcerias com outras instituições, como escolas e programas de saúde da família. Nesse sentido, acreditamos que as questões de gênero devam ser a principal preocupação dentro do quadro da epidemia da aids, justificando sua inclusão nos programas e políticas de saúde no Brasil.

Referências

- ALMEIDA, C. C. L. Risco e saúde reprodutiva a percepção dos homens de camadas populares. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 797-805, 2002.
- AYRES, J. C. R. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2003.
- AYRES, J. C. R. M. et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de aids. In: BARBOSA, R.; PARKER, R. (orgs.). *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: IMS; UERJ; São Paulo: Editora 34, 1999. p. 49-72.
- BARBOSA, R. M. Negociação sexual ou sexo negociado? Poder, gênero e sexualidade em tempos de aids. In: BARBOSA, R.; PARKER, R. (orgs.). *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: IMS; UERJ; São Paulo: Editora 34, 1999. p. 49-72.
- BASTOS, F. I. *A feminização da epidemia de aids no Brasil: determinantes estruturais e alternativas de enfrentamento*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids; 2001. (Coleção ABIA: Saúde Sexual e Reprodutiva, 3).
- BASTOS, F. I. ; SZWARCOWALD, C. L. Aids e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 65-76, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/aids*. Brasília: CEBRAP, 2000. (Série Avaliação, 4).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Programa Nacional de Controle e Prevenção de DST/Aids. *Boletim epidemiológico: Aids DST*, v. 5, n. 1, jan-jun. 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Programa Nacional de Controle e Prevenção de DST/Aids. *Boletim epidemiológico: Aids DST*, v. 4, n. 1, jul.-dez. 2006.
- CHOR, D.; LIMA, C. R. de A. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1586-1594, set.-out. 2005.
- CORRÊA, M. O sexo da dominação. *Novos Estudos Cebap*, n. 54, jul., 1999.
- FONSECA, M. G. et al. Aids e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 77-87, 2000.

- GALVÃO, M. T. G. et al. Sexualidade e conhecimento das doenças sexualmente transmissíveis e aids entre adultos em um município do interior do nordeste brasileiro. *DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 37-40, 2003.
- GARCIA, S. *Homens na Intimidade: masculinidades contemporâneas*. Ribeirão Preto: Holos, 2006.
- GELUDA, K. et al. Quando um não quer, dois não brigam: um estudo sobre o não uso constante de preservativo masculino por adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1671-1680, ago. 2006.
- GIAMI, A. Representações e sexualidade: psicologia social e pluridisciplinaridade. In: LOYOLA, M. A. (org.) *Sexo e sexualidade na antropologia: a sexualidade nas ciências humanas*. Rio de Janeiro: EDUERJ, 1998. p. 202-225.
- GIR, E. et al. Medidas preventivas contra a aids e outras doenças sexualmente transmissíveis conhecidas por universitários da área de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 7, n. 1, p. 11-7, jan. 1999.
- GUERRIERO, I. et al. Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais, São Paulo, SP. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 4 supl., p. 50-60, ago. 2002.
- GUIMARÃES, A. S. A. *Classes, raças e democracia*. São Paulo: Fundação de Apoio a Universidade de São Paulo; Editora 34, 2002.
- GUIMARÃES, A. S. A. Racismo e restrição dos direitos individuais: a discriminação racial. *Estudos Afro-Asiáticos*, Rio de Janeiro, v. 31, p. 51-78, 1997.
- GUIMARÃES, C. D. “Mas eu conheço ele!”: um método de prevenção do HIV/aids. In: PARKER, R.; GALVÃO, J. (orgs.). *Quebrando o silêncio: mulheres e aids no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996. p. 169-80. (História social da Aids, 7).
- HASENBALG, C.; SILVA, N. V. *Relações raciais no Brasil contemporâneo*. Rio de Janeiro: Rio Fundo Editora, IUPERJ, 1992.
- HUBERT, M.; BAJOS, N.; SANDFORT, T. Sexual behavior and HIV/AIDS in Europe: comparisons of national surveys. London: UCL Press, 1998.
- JOHNSON, A. M. et al. Sexual behaviour in Britain: partnerships, practices, and HIV risk behaviours. *Lancet*, London, v. 358, n. 9296, p. 1835-1842, 2001.
- LAUMANN, E. O. et al. *The social organization of sexuality: sexual practices in the United States*. Chicago: The University of Chicago Press; 1994.
- LEMONS, K. R. V.; VALENTE, J. G. A declaração de óbito como indicador de sub-registro de casos de aids. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 617-26, maio-jun. 2001.
- LOPES, F.; BUCHALLA, C. M.; AYRES, J. R. C. M. Mulheres negras e não negras e vulnerabilidade ao HIV/aids no estado de São Paulo, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, supl. 2, p. 39-46, 2007.
- MANN, J. M.; TARANTOLA, D. J. M.; NETTER, T. W. *A aids no mundo*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.
- MERCHÁN-HAMANN, E. Grau de informação, atitudes e representações sobre o risco e a prevenção de aids em adolescentes pobres do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 463-479, jul.-set. 1995.
- PAIVA, V. et al. *Uso de preservativos: pesquisa nacional MS/IBOPE 2003*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <<http://www.2aids.gov.br>>. Acesso em: 15 fev. 2010.
- PAIVA, V. Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/aids em São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, 2002.
- PAIXAO, M. J. P.; CARVANO, L. M. (orgs.). *Relatório anual das desigualdades raciais no Brasil, 2007-2008*. Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2008.
- PARKER, R. *A construção da solidariedade: aids, sexualidade e política no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

PARKER, R.; CAMARGO JUNIOR, K. R. Pobreza e HIV/aids: aspectos antropológicos e sociológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 89-102, 2000.

QUIROGA, J. Negociação e práticas de prevenção de dst/aids entre uniões inter-raciais e de mesma raça em uma comunidade favelada de Belo Horizonte. In: SEMINÁRIO SOBRE A ECONOMIA MINEIRA, HISTÓRIA, DEMOGRAFIA E POLÍTICAS PÚBLICAS, 12. , 2006, Diamantina. *Seminário de Economia Mineira*. Diamantina: CEDEPLAR, 2006. Disponível em: <<http://www.cedeplar.ufmg.br/seminarios/economia-mineira/diamantina-2006/3.php>>. Acesso em: 6 mar. 2009.

ROSO, A. Ideologia e relações de gênero: um estudo de recepção das propagandas de prevenção da aids. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 385-397, abr.-jun. 2000.

SANTOS, N. J. S. et al. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 2, p. 321-333, 2009.

SILVA, C. M.; VARGENS, O. M. C. A percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DST/HIV. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 401-406, 2009.

SOUSA, M. C. P.; ESPIRITO SANTO, A. C. G.; MOTTA, S. K. A. Gênero, vulnerabilidade das mulheres ao HIV/aids e ações de prevenção em bairro da periferia de Teresina, Piauí, Brasil. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 58-68, 2008.

STRATHERN, M. *The gender of the gift*. Los Angeles: University of California Press, 1990.

SZWARCWALD, C. L. et al. A disseminação da epidemia da aids no Brasil, no período de 1987-1996: uma análise espacial. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 7-19, jan.-mar. 2000.

VIEIRA, E. M. et al. Alguns aspectos do comportamento sexual e prática de sexo seguro em homens do município de São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 997-1009, out.-dez. 2000.

VILLELA, W. V. Refletindo sobre a negociação sexual como estratégia de prevenção da aids entre as mulheres. In: PARKER, R.; GALVÃO, J. (orgs.). *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: IMS; UERJ; São Paulo: Editora 34; 1999. p. 199-214.

WELLINGS, K. et al. Sexual behaviour in context: a global perspective. *Lancet*, London, v. 368, n. 9548, p. 1706-1728, 2006.

Recebido em: 07/10/2009

Reapresentado em: 09/05/2010

Aprovado em: 24/05/2010