

Cláudia Ferreira Souza

**O uso/não-uso de preservativo entre mulheres
residentes em Belo Horizonte e Recife, 2002:
Um estudo de fatores associados**

Belo Horizonte, MG
UFMG/Cedeplar
2008

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Cláudia Ferreira Souza

**O uso/não-uso de preservativo entre mulheres
residentes em Belo Horizonte e Recife, 2002:
Um estudo de fatores associados**

Dissertação apresentada ao curso de mestrado em Demografia do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Demografia.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Paula Miranda-Ribeiro
Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Carla Jorge Machado

Belo Horizonte, MG
Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional
Faculdade de Ciências Econômicas - UFMG
2008

Folha de Aprovação

COM LICENÇA POÉTICA

Quando nasci um anjo esbelto,
desses que tocam trombeta, anunciou:
vai carregar bandeira.

Cargo muito pesado pra mulher,
esta espécie ainda envergonhada.
Aceito os subterfúgios que me cabem,
sem precisar mentir.

Não sou tão feia que não possa casar,
acho o Rio de Janeiro uma beleza e
ora sim, ora não, creio em parto sem dor.

Mas o que sinto escrevo. Cumpro a sina.
Inauguro linhagens, fundo reinos
-- dor não é amargura.

Minha tristeza não tem pedigree,
já a minha vontade de alegria,
sua raiz vai ao meu mil avô.

Vai ser coxo na vida é maldição pra homem.

Mulher é desdobrável. Eu sou.

(Adélia Prado. In: Bagagem, 1986)

*Minha homenagem a todas as **MULHERES**
da minha vida: bisavós, avós, mãe, tias,
irmãs, sobrinha, sogra, amigas e
conhecidas, àquelas que fizeram parte das
maiores e melhores emoções da minha vida
e me ensinaram as virtudes “de ser um
eterno aprendiz”, de ser “desdobrável”.*

AGRADECIMENTOS

“Ó Deus, não me castigue se falo
minha vida foi tão bonita!
Somos humanos, nossos verbos têm tempos,
não são como o Vosso, eterno”
(Adélia Prado)

Parafraseando Adélia Prado, não me castigue se deixo de falar, são tantas pessoas especiais, tantas pessoas bonitas... Tantas a quem devo agradecimentos. Tantas pessoas que me ajudaram chegar aqui. Começo então agradecendo àqueles que estiveram comigo desde o início dessa minha caminhada para tornar-me uma demógrafa digna do título oferecido por essa casa.

Agradeço em primeiro lugar à Professora Paula. O fato de ter me encantado pela demografia em 1998, ainda no primeiro curso de Introdução à Demografia no curso de Ciências Sociais da FAFICH, foi por ter sido conduzida naqueles primeiros passos por ela e depois pela Professora Simone. Nas disciplinas isoladas pela Ignez, André Caetano e Letícia Marteleto. À Paula em especial agradeço pelo acolhimento e aconselhamento desde o início. Pelas divertidas aulas de métodos qualitativos e tantas outras que pude desfrutar. Sem você esse trabalho não teria nem sido pensado.

À professora Carla, agradeço pela acolhida e por ter aceitado me co-orientar em um momento tão conturbado, com tantos outros alunos sob a sua responsabilidade. Obrigada por ter recebido o meu projeto e me guiar para não deixá-lo ser medíocre, nosso grande esforço foi em torno disso. Obrigada pelas horas que destinou a mim e espero ter correspondido à sua dedicação. Muito obrigada.

Se a Paula me apresentou à demografia, os demais professores do CEDEPLAR me mostraram a profundidade dessa área. Agradeço aos Professores José Alberto e Diana que me mostraram com tanta paixão todos os temas demográficos e por causa deles fui contaminada pelo sentimento e pela alegria de conhecer essa possibilidade tão ampla que a análise demográfica permite no contexto das ciências sociais. Para mim, vocês foram o modelo de competência e

credibilidade ao qual um profissional pode chegar. Muito obrigada por dividirem essas belas qualidades. Partes delas cada um dos seus alunos levam consigo para vida.

Aos Professores Eduardo, Laura e Simone agradeço pela paciência e compreensão. Por terem me mostrado que conhecimento, austeridade e generosidade são imprescindíveis à nossa formação. Ao Professor Roberto agradeço a grande generosidade. Apesar de não termos sido tão próximos fora da sala de aula saiba que o admiro pela preocupação com os alunos, principalmente aos que chegam a esse novo mundo da demografia e sua integração a ele. Isso, de fato, não é em vão.

Aos demais professores agradeço por dividirem o seu conhecimento em especial ao Alisson e ao Bernardo pela grande compreensão. Sinto-me orgulhosa de ter sido aluna de todos vocês.

Agradeço em especial às professoras Suzana Cavenaghi e Maria do Carmo Fonseca por terem participado da banca examinadora e pelas grandes contribuições e pelos valiosos comentários dados ao trabalho.

Agradeço a FAPEMIG pelos dois anos de ajuda financeira, sem o qual eu não teria tido oportunidade de freqüentar esse curso. Aos funcionários do Departamento de Assistência Social da Prefeitura Municipal de Nova Lima pela ajuda com o transporte entre Belo Horizonte e Nova Lima, aos responsáveis meu agradecimento.

Aos funcionários do CEDEPLAR agradeço a compreensão naqueles momentos de correria e em especial a Cecília pela paciência com que sempre me recebeu e explicou os procedimentos. Ao Sebastião e aos demais funcionários pela gentileza de sempre.

Agradeço a todo grupo da pesquisa “Comparação de Perfis e Percepções de Vulnerabilidade de Mulheres Negras e Brancas ao HIV/Aids em Belo Horizonte e Recife” da qual tive oportunidade de participar e aprender muito.

Aos colegas da Coorte de 2006! O que dizer dessas pessoas todas? Fomos iguais nas nossas diferenças, diferentes na nossa formação, mas uma coisa se

sobrepôs a tudo isso, a preocupação de uns com os outros. E com isso cada um de nós leva no seu conhecimento parte do conhecimento do outro, devido as longas tardes de estudo e das conversas longas ao telefone para tirar dúvidas. Enfim, se chegamos todos ao final desse curso foi por que os pilares foram construídos nessa tácita aliança. Obrigada a cada um de vocês pela presença e amizade que serão para a vida toda.

Agradeço em especial ao Lésio, à Marília e à Álida que me ajudaram a compreender melhor os princípios estatísticos. A ajuda de vocês está presente nas entrelinhas desse trabalho.

À Marília, em especial, agradeço a inexorável boa vontade. Poucas vezes na minha vida vi uma pessoa com tamanha capacidade de dividir conhecimentos e amizade. A Vanessa minha companheira de isoladas e depois de coorte pelo seu apoio e sua amizade desde o começo. Ainda que estivéssemos longe uma da outra sempre nos olhávamos com preocupação de irmãs.

A Heloisa que ao agradecer o faço também ao Artur. Obrigada pela presença sempre alegre e incentivadora. Obrigada pela ajuda com a bibliografia da qual eu pude aprender muito sobre as representações sociais do ponto de vista da psicologia e psicanálise. Pela alegria nos nossos encontros e pela descontração.

À Fernanda Gonçalves e à Jacqueline, por terem me ensinado que a eterna inquietação quanto ao entendimento nos fará pessoas muito mais sábias, obrigada pelo carinho e amizade. À Paola, com quem tive ultimamente um encontro de aprendizado e ensinamento.

Aos amigos recém chegados Eliane e Everton com quem dividi grandes dúvidas sobre metodologia quantitativa nas aulas de dados categóricos. A amizade de vocês é bem vinda para a vida toda. Obrigada.

Aos demais colegas que não citei não me interpretem mal. A vida nos faz mais próximos de algumas pessoas do que de outras, no entanto todas as pessoas que passam pela nossa vida são importantes no conjunto de tudo que a gente vive e leva no coração. E todos sem exceção foram muito importantes nessa caminhada, nada é por acaso.

Agradeço imensamente a minha mais que terapeuta, a minha amiga Maria Ângela Junqueira, ou simplesmente Ângela, que me guiou nos caminhos do auto conhecimento e ouviu minhas lamúrias e queixas e me ajudou a encontrar uma parte do equilíbrio necessário. Você é dessas mulheres desdobráveis. Agradeço as minhas queridas amigas Maria Alice, Sheila, Sonia (...) e a todos os amigos que não citei, mas que são tão queridos quanto elas. Obrigada por fazer o verão mais suportável e inverno menos frio. Vocês são meus irmãos pela vida.

À minha família. Agradeço primeiro ao meu pai, Ismael. Meu modelo de vida. Pela sua força e sua coragem, pela sua dignidade e por ter me ensinado o valor do trabalho e amor a Deus. A minha incansável mãe, Maria das Dores. Sempre ao meu lado na alegria e na tristeza e principalmente na dor. Mãe, obrigada por me incentivar e principalmente acreditar e se orgulhar de mim incondicionalmente. Aos meus irmãos, Karla, Clayton e Graziella pela alegria em família e pelos sobrinhos, Lauane, Lucas, Thauane e Pedro, que me fizeram ver que a vida é uma constante e adorável renovação. Pela incontestável amizade, carinho, incentivo e pelas brigas que nos fizeram crescer mais fortes, mais unidos. Pelas palavras de conforto e também pelas palavras de crítica cada uma delas nos fizeram mais irmãos. Agradeço à minha família Grega por ter aceitado a mim e a minha família brasileira.

Ao Elefthérios, meu marido, agradeço de coração por compreender que esse mestrado era uma realização importante para mim e por ter entendido e me apoiado. A ele peço desculpas pela ausência de quase dois anos. Agradeço pelo apoio emocional e financeiro, em momentos estratégicos você foi a minha fortaleza em outros o meu oásis. Obrigada por resgatar em mim o meu melhor sentimento: o amor.

E o meu maior agradecimento a Deus. A Ele eu recorri nas horas difíceis. A Ele contei minhas maiores dificuldades, medos e desafios. Dele recebi a graça da vida e o poder do discernimento. A Ele dou graças e entrego a minha vida e a vida daqueles que amo.

A todos, sinceramente, meu muito obrigado.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Aids – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

CEDEPLAR – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional

DST – Doença Sexualmente Transmissível

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

IBOPE – Instituto Brasileiro de Opinião e Estatística

IST – Infecção Sexualmente Transmitida

MS – Ministério da Saúde, Brasil.

ONU – Organização das Nações Unidas

SRSR – Pesquisa Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

WHO – OMS – Organização Mundial da Saúde

SUMÁRIO

COM LICENÇA POÉTICA.....	IV
1. INTRODUÇÃO	14
2. O PRESERVATIVO: HISTÓRIA, USO E ALGUNS FATORES ASSOCIADOS	19
2.1 preservativo: história, riscos e benefícios	19
2.2 Uso do preservativo e fatores associados.....	28
3. DADOS E METODOLOGIA.....	37
3.1 Fonte dos Dados	37
3.2 Variáveis no Estudo	38
3.3 Metodologia.....	41
4. RESULTADOS E ANÁLISE.....	42
4.1 Análise Descritiva.....	42
4.2 Análise Univariada	45
5. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	53
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

TABELA 1 – VARIÁVEIS DE ESTUDO: USO E NÃO-USO DO PRESERVATIVO ENTRE AS MULHERES, BRANCAS, PARDAS E PRETAS - BELO HORIZONTE E RECIFE, 2002	39
TABELA 2 – MULHERES DE 18 A 59 ANOS QUE USARAM OU NÃO USARAM O PRESERVATIVO NO ÚLTIMO RELACIONAMENTO SEXUAL - PERCENTUAL SEGUNDO GRUPO DE VARIÁVEIS - BELO HORIZONTE E RECIFE, 2002	42
TABELA 3 – ANÁLISE UNIVARIADA, ODDS RATIO, VALORES DE P E INTERVALOS DE CONFIANÇA - MULHERES DE 18 A 59 ANOS QUE USARAM OU NÃO USARAM O PRESERVATIVO NO ÚLTIMO RELACIONAMENTO SEXUAL SEGUNDO GRUPO DE VARIÁVEIS BELO HORIZONTE E RECIFE, 2002.....	46

RESUMO

As doenças sexualmente transmissíveis (DST's), incluindo o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), são importantes causas de morbidade, mortalidade e deficiências e estão associadas a altos custos para os sistemas de saúde pública. Entre as várias formas de prevenção, o uso do preservativo ganha cada vez mais importância e é apontado como uma maneira eficaz de reduzir a infecção por DST's/Aids e as gravidezes indesejadas.

Propõe-se investigar, nesta dissertação, algumas associações existentes entre o uso e não-uso do preservativo por mulheres brancas, pardas e pretas, divididas em três coortes (jovem, adultas e maduras), residentes em Belo Horizonte e Recife, observando se a escolaridade, idade e raça/cor são fatores e diferenças regionais que se associam ao uso (ou não) da camisinha.

Foram utilizados os dados da “Pesquisa Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça/cor”, realizada em Belo Horizonte e Recife em 2002. Após uma análise descritiva, são apresentados modelos de regressão logística univariada para estimar as chances do não-uso do preservativo entre as mulheres das três coortes, em função de variáveis sociodemográficas, de comportamento sexual, de conhecimento, percepção e informação, de cuidados com a saúde e de poder de negociação.

A chance de não-uso do preservativo foi maior entre aquelas que residem em Recife (88% maior), em relação às mulheres que residem em Belo Horizonte. Em comparação com as jovens, as mulheres adultas têm maior chance de não usar o preservativo, ao passo que, entre as mulheres da coorte madura, a chance de não uso é ainda maior. Quanto ao quesito raça/cor, observou-se que a chance de as mulheres brancas usarem o preservativo é menor que o das pardas e pretas. A baixa escolaridade, por sua vez, está associada a uma menor chance de uso do preservativo em comparação às mulheres de escolaridade maior.

Palavras-chave: Preservativo, DST, Aids, Mulher, Raça/cor, Belo Horizonte, Recife, Brasil

ABSTRACT

Sexually transmitted diseases (STD's), including the Human Immunodeficiency Virus (HIV), are major causes of morbidity, mortality, and disability. They are also associated to high costs for public health systems. Among the various forms of prevention, the use of condoms has gained increasing importance and it is described as an effective way to reduce STD's/AIDS infection and unwanted pregnancies.

The aim of this master's thesis is to investigate associations between the usage and non-usage of condom and education level, age, race/color and region of residence (Belo Horizonte and Recife) among white, brown, and black females of three different cohorts: young (18-29), adult (30-39) and mature (50-59).

Data come from the survey SRSR – Reproductive Health, Sexuality, and Race/Color, a survey carried out by Cedeplar in Belo Horizonte and Recife in 2002. The descriptive analysis and univariate logistic regressions are to estimate the odds of not using a condom for females of the three cohorts under study, using as covariates social; sexual behavior; knowledge, perception and information; health care; and empowerment factors.

The odds of not using condoms, was considered higher among women from Recife, if compared to those ones who live in Belo Horizonte. In comparison with young women, the adult ones have a mayor probability of not using condom, while among mature women, the probability of non-usage of condoms is still major. In the matter of race/color, the odds of white women use condom, is lower than brown and black ones. The lack of education of these women is associated to a lower chance of the usage of condom when compared to those ones with a higher level of education.

Keywords: Condom, STD, Aids, Women, Race, Belo Horizonte, Recife, Brazil

1. INTRODUÇÃO

As doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), incluindo o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), são importantes causas de morbidade, mortalidade e deficiências e estão associadas a altos custos¹ para os sistemas de saúde pública. Sua incidência pode acarretar sérios danos à saúde, especialmente entre a população feminina. Muitas vezes assintomáticas, as DSTs podem causar problemas às mulheres grávidas e algumas infecções aos recém nascidos, bem como causar infertilidade e câncer cervical. No entanto, as DSTs podem ser evitadas. Entre as várias formas de prevenção, o uso do preservativo ganha cada vez mais importância e vem sendo apontado como um bom caminho não só para a redução das DSTs, mas também para a redução de gravidezes indesejadas.

Estudos laboratoriais e epidemiológicos têm mostrado que o preservativo é efetivo contra um grande número de DSTs, incluindo gonorréia, uretrite não gonocócica, tricomoníase e herpes genital, entre outras. Segundo Nadal (2003), as DSTs normalmente resultam em síndromes mais agressivas à saúde das mulheres e são causadas por cerca de 25 diferentes agentes etiológicos. Ao longo dos anos, a migração humana e a maior frequência de relacionamentos ocasionais também contribuíram para a disseminação das DSTs.

As mulheres são mais vulneráveis às DSTs devido às suas características biológicas, econômicas e socioculturais. Particularidades físicas, como o órgão genital interno com uma maior superfície exposta ao sêmen e este possuir uma grande probabilidade de concentrar agentes infecciosos, fazem com que a mulher esteja mais vulnerável às infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) . Os efeitos adversos à saúde da mulher não se resumem à fase inicial de sua vida

¹ Em média o custo do tratamento para os pacientes com o Vírus HIV (dados de 2006) gira em torno de 11 mil reais por ano, sem subsídios dos governos em diversos países. No Brasil esse custo é menor devido à lei dos genéricos ficando em torno de 3 mil reais ao ano por paciente. Fonte: Ministério da Saúde, 2006.

sexual, mas se estendem também às idades mais avançadas, quando, conjuntamente com doenças associadas à idade, as ISTs podem ser bastante prejudiciais à qualidade de vida das mulheres mais velhas (Schiavo, 1997; Silva, 2002; Silveira et al, 2005; Silva, 2007; Brady, 2006).

Entre as DSTs, destaca-se o HIV/Aids, para o qual ainda não existe cura. O aumento na transmissão do HIV e, conseqüentemente, o aumento do número de pessoas vivendo com Aids são relativamente recentes e se devem, em grande medida, aos avanços médicos e disponibilização da medicação apropriada (Ayres 2002; Barbosa & Sawyer, 2003; Brito 2001). Nos anos 1990 e início dos anos 2000, a epidemia passou a apresentar um avanço entre este segmento populacional, com um aumento do número de casos entre as mulheres e, por conseqüência, na transmissão vertical. Atualmente, na primeira década dos anos 2000, observa-se um acentuado aumento do numero de casos entre a população jovem e também naquela com mais de 50 anos, especialmente as mulheres negras, pobres e de baixa escolaridade (Silva & Paiva, 2006; MS, 2005; ONU, 2006; Boletim Epidemiológico, 2006).

Formas de prevenção, tais como a monogamia entre os parceiros, a abstinência sexual e/ou atividade sexual sem trocas de fluídos corporais não são disseminadas em todas as culturas. Sendo assim, o uso do preservativo, masculino e ou feminino torna-se um forte aliado do poder público para a contenção e apoio à diminuição da vulnerabilidade à contração de DSTs/Aids e gravidezes indesejadas para a população feminina.

Em relação à gravidez indesejada, ou seja, aquela não esperada e não planejada, Alves (2007) afirma que pesquisa recente (IBOPE, 2007) mostrou que 28% das mulheres que já tiveram filhos disseram que não planejaram a gravidez. Segundo o autor, trata-se de um problema social, demográfico, de gênero e também econômico. Na maioria das vezes, as mulheres carregam consigo (e de forma solitária) as conseqüências de uma gravidez involuntária, pois não têm acesso às informações e aos métodos contraceptivos adequados para evitar uma gravidez advinda de uma relação sexual sem o propósito de procriação. Em termos econômicos, a gravidez indesejada prejudica tanto a mulher quanto, de forma geral, a família na qual ela está inserida, já que alguém terá que arcar com os

custos de uma criança no domicílio. Além disso, contribui fortemente para a formação de famílias do tipo monoparental feminina, geralmente mais pobres. Portanto, investimentos em atitudes simples, como a promoção do uso do preservativo entre as mulheres, contribuiria de forma eficaz para a diminuição do risco de uma gravidez indesejada (Alves, 2007; Philpott et al, 2007).

As desigualdades nas relações afetivas e sociais, a dependência econômica, o baixo acesso à informação adequada, a limitada adoção e manutenção de comportamentos sexuais seguros e a exposição na mídia do culto à sensualidade e da banalização do ato sexual complementam o quadro que desfavorece as mulheres quanto à vulnerabilidade à infecção pelas DSTs e às gravidezes indesejadas. Além disso, ações de alguns segmentos sociais e religiosos contra o uso de preservativos e métodos anticoncepcionais, principalmente pelas mulheres casadas, dificultam ainda mais a promoção do uso de dupla proteção, aquela profilática e contraceptiva (Schiavo, 1997; Nadal, 2003; Silveira et al, 2005).

Estudos como os de Silva & Paiva (2006), Brasileiro & Freitas (2006) e Lisboa (2006), entre outros, mostram que o uso do preservativo entre as mulheres é baixo. Isso se deve a fatores como baixo poder de negociação entre elas e seus parceiros, baixa auto-percepção de vulnerabilidade à contaminação, confiança na fidelidade supostamente existente nas relações estáveis, falta de informação sobre o HIV/Aids, bem como o preconceito contra o uso do preservativo, principalmente no que se refere à sensibilidade e ao incômodo causado durante a relação sexual. Segundo Barbosa, Villela & Uziel (1995):

“... os métodos de proteção da mulher não deveriam depender de qualquer negociação de seu uso com os parceiros sexuais e teriam de ser confortáveis, de fácil acesso, baixo custo e seguros para a saúde. Entretanto, nada que atenda a todos esses atributos parece ser possível a curto e médio prazo. Dada a impossibilidade de um método que possa ser usado sem o conhecimento do parceiro - como foi possível com os métodos contraceptivos, no caso da contracepção hormonal e esterilização, a busca de estratégias que viessem aumentar a capacidade da mulher negociar o uso de métodos de proteção disponíveis tem sido cada vez mais enfatizada para diminuir a vulnerabilidade da população feminina à infecção pelo HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis (DSTs)” (Barbosa, Villela e Uziel 1995: 101).

A despeito da gravidade do problema, do aumento da incidência de DST/Aids entre as mulheres e dos diferenciais do grau de vulnerabilidade entre os diversos segmentos da população, estudos que refletem sobre as diferenças raciais agregadas às relações de gênero e negociação da prevenção são escassos no Brasil (Quiroga, 2004). Propõe-se investigar, neste trabalho, algumas associações existentes entre o não uso do preservativo por mulheres residentes em Belo Horizonte e Recife e uma série de variáveis complementares, como as sociodemográficas, de comportamento sexual, de conhecimento, informação e percepção do risco de contaminação, de cuidados com a saúde e variáveis relacionadas ao poder de negociação, por se entender que o uso do preservativo, em especial o masculino, consiste na forma mais eficiente e conhecida, até o momento, para o controle da propagação das DSTs e contenção da transmissão do HIV por via sexual.

Um dos objetivos deste trabalho é contribuir para aumentar o nível de conhecimento e discussão sobre essas questões, de tal forma a aumentar a busca de soluções para minimizar diversidades e vulnerabilidades. E ainda procura contribuir para que ações que promovam o uso do preservativo possam atingir mulheres de todas as idades, raça/cor e segmentos sociais, de forma a propiciar um maior nível de conscientização que leve menos mulheres a correrem risco, seja pela gravidez indesejada ou contra as DSTs/Aids, por meio da dupla proteção. Busca, também, contribuir para que tais ações sejam elaboradas levando em consideração as relações de gênero, que podem ajudar a aumentar a auto-promoção e a auto percepção de vulnerabilidade, que assegure maior poder às mulheres para negociar com seus parceiros o uso do preservativo. Segundo Scherer (2005), o principal desafio, hoje, é como reintroduzir o preservativo na vida sexual dos casais e como homens e mulheres devem se colocar nessa discussão, a fim de participarem de forma responsável e solidária nas questões da sexualidade na parceria, seja ela estável ou ocasional.

Para tanto, o objetivo geral é o de investigar alguns fatores associados ao uso do preservativo por mulheres residentes em Belo Horizonte e Recife. E para atingir tal objetivo geral, foram observados os seguintes objetivos específicos:

- Investigar se há diferença no uso do preservativo entre a coorte jovem (18 a 29 anos), a adulta (30 a 49 anos) e a madura (50 a 59 anos);
- Comparar o uso do preservativo entre as mulheres que vivem em Belo Horizonte e em Recife;
- Investigar se há diferença no uso de preservativo entre mulheres brancas, pretas e pardas; e
- Investigar as diferenças no uso do preservativo, de acordo com outras variáveis sociodemográficas, de comportamento, conhecimento, informação e percepção de risco, e poder de negociação.

O estudo está organizado em cinco capítulos. Após esta introdução, o segundo capítulo apresenta uma breve revisão bibliográfica sobre a história do preservativo e os fatores associados ao seu uso, com enfoque principalmente no Brasil. O terceiro é dedicado à descrição dos dados e métodos utilizados. A apresentação e discussão dos resultados empíricos compõem o Capítulo 4 e a conclusão e os comentários finais encontram-se no Capítulo 5.

Os resultados sugerem que as chances de não-uso do preservativo são maiores para as mulheres que residem em Recife; as brancas; as de escolaridade baixa; as sem renda e trabalho; as casadas e unidas; as da coorte madura; as que têm parceiros entre 50 e 59 anos; as com 3 ou mais filhos; as que têm relacionamentos estáveis e com um único parceiro; que não sabem onde encontrar camisinha; não conhecem DST/Aids; acham que a Aids tem cura; e que tem baixo poder de negociação.

2. O PRESERVATIVO: HISTÓRIA, USO E ALGUNS FATORES ASSOCIADOS

No início da epidemia de Aids, nos anos 1980, não se previa que, décadas mais tarde, as condições socioeconômicas determinariam uma nova população que seria afetada pela epidemia – nesse caso, as mulheres, na sua maioria pobres, pretas e pardas, boa parte delas mulheres casadas e maduras (acima de 50 anos). Embora tenha havido uma diminuição do aparecimento de novos casos, tais constatações nos levam a crer que seria necessário conhecer bem os fatores associados à vulnerabilidade desses grupos, bem como os fatores associados ao uso do preservativo, especialmente o masculino, frente ao avanço do HIV e de outras DSTs (MS, 2002).

Este capítulo está dividido em duas partes. A primeira sintetiza a história do preservativo, discorre sobre seus riscos e benefícios, incluindo a questão da dupla e tripla proteção. A segunda parte trata do uso do preservativo no Brasil, com ênfase nos fatores associados de interesse, dentre os quais, a coorte de nascimento, raça/cor, educação e relações de gênero, entre outros aspectos.

2.1 - Preservativo: história, riscos e benefícios

A camisinha surgiu há milhares de anos atrás, provavelmente entre os egípcios, de onde se tem as primeiras notícias do uso de um mecanismo de impedimento utilizado em relação sexual, com o objetivo de evitar doenças ou infecções, datando de, aproximadamente, 1220 A.C. (Lopes, 2003). Contudo, chineses e japoneses reclamam também para si o invento, pois os homens usavam envoltórios de papel de seda untados com óleo com a mesma finalidade (Lopes, 2003).

Desde 1850 A.C., os egípcios já utilizavam métodos contraceptivos. As mulheres colocavam em suas vaginas uma série de produtos para bloquear ou matar os espermatozoides, tais como fezes de crocodilos (por possuírem pH alcalino, tal

qual os espermicidas modernos), gomas e uma mistura de mel e bicarbonato de sódio. Os homens utilizavam protetores para o pênis, confeccionados em linho ou a partir de intestinos de animais. Tais protetores, porém, não possuíam função contraceptiva: funcionavam como estojos, que protegiam o pênis contra galhos e picadas de insetos durante as caçadas (Marinho, 2000: 6-7)

O preservativo, também denominado condom ou camisinha, camisinha de Vênus, capote inglês, sobrecasaca ou camisa inglesa, pode ainda ter outras denominações, tanto nacional quanto internacionalmente, e sua origem é pouco clara. Lopes (2003) afirma que o nome mais utilizado, condom, derivou provavelmente da atribuição do nome do inventor, o Dr. Condom. Contudo, o fato é controverso e supõe-se que o Dr. Condom nunca tenha existido (Lopes, 2003; Marinho, 2000). A versão internacionalmente aceita segundo Schiavo (1997) é que a palavra teria origem no vocábulo latino Kondus que significa receptáculo, e é considerada uma derivação do persa kendu ou kondu que significa vaso comprido para armazenamento, feito de intestino de animal (Schiavo, 1997:7-10).

Neste trabalho, utilizamos constantemente, e de forma intercambiável, o termo “preservativo” e “camisinha”, ambos como referência à palavra condom, mais utilizada em inglês.

Na mitologia grega a camisinha surgiu a partir do uso de uma bexiga de cabra, pela amante do rei Minos, Procris, e tinha a função de aprisionar serpentes, escorpiões e lacraias que saíam do corpo do rei. A fim de se proteger, Procris usou o artifício para manter seus encontros com Minos. (Marinho, 2000; Lopes, 2003; Schiavo, 1997).

Os romanos também utilizaram uma forma mais arcaica do que conhecemos hoje por camisinha. Tratava-se de uma bainha feita de linho, usada quando faziam sexo com as mulheres locais, ao chegarem das longas marchas de guerras de conquista a novas cidades. Entre os egípcios, alguns documentos arqueológicos encontrados ilustram o uso de um envoltório sobre o pênis, o que nos remete à primeira idéia do preservativo tal como é conhecido hoje (Marinho, 2000).

Foi aproximadamente no ano de 1564 que o médico italiano Gabrielle Fallopio (1523), nascido em Modena, inventou um invólucro de tecido leve, feito sob

medida, para a proteção de doenças venéreas. Lopes (2003) comenta que, no século XVIII, o preservativo utilizado era *“apenas um pequeno capuz de linho, apertado com um fio na base da glande do pênis, embebido ou não em ervas medicinais para potencializar sua eficácia”* (Lopes 2003: 30). No início, foi confeccionado de material grosseiro, mas rapidamente foi aperfeiçoado e ainda é encontrado em alguns países com a denominação “ponta americana”, que, porém, não era recomendada, pois o risco de se soltar era alto.

Consta que, em 1712, membros da nobreza de vários países da Europa se reuniram em Utreque (França) para uma conferência internacional. Durante o evento, vários nobres se interessaram por prostitutas e, para consumarem o ato sexual sem riscos, recorreram a um artesão local que fabricava preservativos à base de intestinos de boi ou carneiro. A partir daí, essa prática espalhou-se, até chegar a Paris. Esta é a primeira notícia da produção para consumo do preservativo masculino (Lopes, 2003).

A produção em série logo transformou o uso desse preservativo como proteção contra as doenças sexualmente transmissíveis e passou a ser amplamente defendido por nomes como Casanova, Marquês de Sade, Condessa de Ségur e Madame Sevigné, todos conhecidos no seu tempo pelas suas histórias ligadas ao sexo. Contudo, com a difusão do método, as autoridades, e principalmente a igreja, tornaram o uso do preservativo impróprio e condenável (Schiavo, 1997; Marinho, 2000; Lopes, 2003).

Schiavo (1997) e Lopes (2003) concordam que somente com a Revolução Francesa o comércio do preservativo passou a ser permitido e o uso liberado, embora não aceito moralmente. Além disso, do ponto de vista médico, era considerado bastante polêmico.

No século XIX, o uso do preservativo era restrito, o custo caro e o acesso difícil às classes sociais baixas. Na maioria das vezes, ele era usado, lavado, secado e reutilizado. Em 1844, com a produção escalar do preservativo, o seu uso se difundiu. Em Portugal, Lopes (2003) comenta que a camisinha passou a ser reconhecida por nomes sugestivos, tais como *“... crocodilo, rival protector,*

incomparável, perfeito ou voluptuoso” (p. 32) e tinha garantia de uso de cinco anos (Marinho, 2000; Lopes, 2003).

Foi também nesse período que o preservativo passou a ser classificado mais enfaticamente como *“imoral, contrário aos bons costumes e prejudicial à saúde”* (Lopes, 2003: 32). Alguns médicos afirmavam, então, que a anticoncepção causava, entre outros males, esterilidade, ninfomania, deterioração mental, palpitações e amnésia. O fato de reter o semê m causava cancros nos homens e também provocava o suicídio, além de causar lesões irreversíveis ao aparelho reprodutivo masculino. Além disso, a mulher “necessitaria” da presença do semê m na vagina, uma vez que a falta dele teria efeitos negativos na sua saúde (Schiavo, 2000; Lopes, 2003).

Schiavo (1997) mostra que tais restrições, pautadas na ordem moral vigente na época, não impediram a rápida difusão do uso do preservativo. Lopes (2003) afirma que, no final do século XIX, os preservativos eram vendidos em toda a Europa, apesar das leis contra a pornografia proibirem sua difusão e venda.

Com a descoberta do processo da vulcanização da borracha, na década de 1930, o preservativo passou a ser produzido em quantidades maiores e, portanto, seu custo tornou-se mais baixo. Os preservativos tornaram-se amplamente disponíveis, difundidos e utilizados, embora sua qualidade ainda fosse questionada. As reclamações sobre orifícios e outros defeitos eram comuns. Esses problemas só foram resolvidos mais tarde, com o desenvolvimento do processo de fabricação e a melhoria das condições do látex empregado. Nas décadas seguintes, assistiu-se à queda do uso do preservativo de intestino de animais.

Na segunda guerra mundial, o preservativo ganhou status entre os soldados, o que contribuiu para ampliar ainda mais o seu uso. Hitler, apesar de não permitir o uso do preservativo entre os cidadãos comuns, incentivou o uso entre os militares, como precaução para que a sífilis e a gonorréia não afastassem os soldados do combate. Na guerra, a camisinha também foi utilizada para proteger as armas da umidade e da água salgada (Lopes, 2003).

Na década de 1960, todavia, o preservativo perdeu, novamente, importância. Os movimentos de liberalização sexual e libertação da mulher, além do surgimento da pílula anticoncepcional, relegaram o uso da camisinha ao terceiro plano e, às vezes, ao desuso constante. Lopes (2003) afirma que

“... os movimentos de libertação abrem horizontes e depreciam a dicotomia madona / prostituta e a equação sexo igual a reprodução. Assim, menos homens recorrem a prostituição. A sífilis e a gonorréia tratam-se com facilidade (antibióticos), a pílula e o dispositivo intra uterino permitem a contracepção eficaz” (Lopes, 2003:33).

Lopes (2003) salienta que, apesar do advento do látex e das modernas produções das camisinhas, aquelas de intestinos ainda eram produzidas, com intestinos de carneiro, cuja suavidade e aderência se assemelham ao melhor tecido de seda. Contudo, foi com o advento do látex que a comercialização em massa se tornou possível, confiável e mais difundida. A imagem do preservativo foi melhorada, embora os entraves morais e religiosos persistissem com idéias e movimentos arcaicos contra o seu uso.

Hoje em dia, em 2008, a dupla proteção, aquela profilática e contraceptiva, atribuída ao preservativo é associada aos seus altos níveis de eficácia e ausência (quase sempre) de efeitos adversos, como coceiras, alergias, entre outros, advindos do seu uso. Com o aparecimento da Aids, a importância da camisinha retorna à cena, devido justamente a essa dupla/tripla proteção tanto contra as DSTs e Aids quanto à prevenção da gravidez. O uso do preservativo é preconizado nas diretrizes nacionais do Programa Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde, que o considera como único método eficaz de prevenção as DSTs/Aids de transmissão sexual e coadjuvante na prevenção da gravidez (Schiavo, 1997; Brasil, MS, 2002).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS)

“A abstinência de relações sexuais ou prática de relacionamentos mutuamente monogâmicos entre parceiros sabedores de seu status de não-infecção é a maneira mais segura de evitar a transmissão do HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). Na ausência dessas condições, os preservativos têm se revelado em muitas partes do mundo uma intervenção importante e bem sucedida para pessoas sexualmente ativas, particularmente quando aplicados em

encontros sexuais comerciais e outros encontros sexuais fortuitos. Apesar de nenhum método de barreira ser cem por cento eficaz, o uso correto e consistente dos preservativos de látex pode reduzir o risco de transmissão não só do HIV, mas também de outras ISTs, além do risco da gravidez indesejada” (USAID, 2005:2).

Com isso, podemos dizer que o uso da camisinha esteve, ao longo do tempo ligado tanto à prevenção das ISTs quanto à contracepção. O preservativo, amado e odiado, ainda é, algumas vezes, ligado às práticas libertinas, o que tem sido um problema para as autoridades em Saúde Pública. O seu uso sempre foi limitado nas relações sexuais entre casados e, na maioria das vezes, ligado simbolicamente à perversão. Além disso, o seu papel contraceptivo e protetor esteve, por muito tempo, relegado às situações somente de risco iminente (Marinho 2000). Contudo, é no combate às ISTs que ele tem ganhado cada vez mais força e adeptos, como forma de prevenção. Vários autores afirmam ainda que a proteção dual, ou dupla proteção, é o melhor caminho para se conseguir sucesso no controle das ISTs e também no impedimento da gravidez indesejada. Por isto, é importante incentivar o aumento do uso do preservativo entre todas as mulheres sexualmente ativas, independentemente da idade.

Com relação aos riscos e benefícios, Schiavo (1997) mostra que existem dois tipos de eficácia ao qual o preservativo, como método contraceptivo e preventivo, está submetido. Segundo o autor, existe uma distinção entre a eficácia teórica (ou do método) e eficácia do uso (típica). A eficácia teórica é a capacidade intrínseca de prevenção, ou seja, a dupla proteção. Para que isso ocorra, o preservativo deve ser usado correta e constantemente, sem erros ou negligência. Nesse caso, uma possível falha seria atribuída ao método, “falha do método”. Por outro lado, a eficácia do uso é definida levando em conta os usuários, com base na observação das práticas adotadas antes, durante e depois da relação sexual. Nesse caso, a possível falha seria atribuída ao usuário, “falha do usuário” (Schiavo, 1997: 36-37).

O preservativo, junto com outros métodos anticoncepcionais tais como hormônios orais, diafragmas e espermicidas, exige do usuário ações apropriadas e sistemáticas. Em consequência disso, as taxas de eficiência do uso desse tipo de método podem variar de acordo com a idade, maturidade, motivação e níveis de

instrução dos parceiros, assim como com o tempo de relacionamento e experiência com o método (Schiavo, 1997; Population Reports, 1999).

Casais maduros, com maiores níveis de instrução e relacionamentos estáveis usam métodos de barreira e de comportamento de maneira mais consistente que os casais jovens, de baixa escolaridade e de relacionamentos não estáveis. Especificamente no que se refere ao uso do preservativo, Schiavo (1997) aponta que só deveria ocorrer “falha do método” se ele se romper durante o ato sexual. O preservativo pode se romper basicamente por três motivos: o uso inadequado, forte pressão e ação do tempo. O uso inadequado ocorrerá sempre que o preservativo não for devidamente colocado, não tiver o tamanho adequado ou for usado junto ou próximo a materiais cortantes, como anéis, piercings e agulhas. A pressão exercida por objetos ou mesmo pela pouca lubrificação vaginal, que intensifica a fricção entre a pele e o preservativo, também contribui para o rompimento. O local e o tempo de armazenamento, a exposição à luz solar e a data de validade vencida também são fortes indicadores de falha do método (Schiavo, 1997; Population Reports, 1999; MS, 2002; 2002a).

Quanto à eficácia do uso do preservativo contra a gravidez indesejada e em relação aos demais métodos, o preservativo tem uma série de vantagens: baixo custo, disponibilidade, não apresenta efeitos colaterais e é o único método reversível controlado pela mulher, no caso do condom feminino, ou pelo homem, no caso do condom masculino (Schiavo, 1997; Population Reports, 1999). Em termos de desvantagens, as maiores reclamações quanto ao preservativo, segundo Schiavo (1997), são a interrupção das preliminares para colocação, redução da sensibilidade e alergias ao látex ou lubrificantes.

Em relação às DSTs, o preservativo também se configura como altamente eficaz. Hitchcock (2000) e Holmes, Levine & Weaver (2004), observando dados de pesquisas para os Estados Unidos, chegaram à conclusão de que o uso consistente do preservativo como profilático às DSTs reduz em 87% a vulnerabilidade à contração e transmissão do HIV. O uso consistente do preservativo também reduz a vulnerabilidade à incidência de gonorréia, tanto para homens quanto para mulheres, assim como ao surgimento combinado de gonorréia e uretrites. Além disso, protege cerca de 62% mais contra clamídia,

sífilis, cancro, tricomoníase, herpes genital e HPV. Portanto, apesar de não terem eficácia total, tanto o preservativo feminino, quanto o masculino, são eficazes na sua função anticoncepcional e significativamente contribuem para a profilaxia das DSTs/Aids.

Nesse aspecto, é conhecido o fato de que a interação entre as demais DSTs e o HIV aumenta a vulnerabilidade à transmissão tanto do HIV quanto de outras DSTs (Diniz,[s.d.]). O aumento da susceptibilidade e da infectividade, provocados pelos agentes etiológicos, são comprovadamente facilitadores das DSTs. Alguns estudos, segundo Diniz (2007), mostraram que o HIV é detectado em secreções de úlceras genitais de homens e mulheres infectados. O sangramento provocado pelas ulcerações, em contato com os órgãos genitais interna e externamente, oral e retal, durante o ato sexual ou em função dele, são formas comprovadas de transmissão do HIV. Doenças como a gonorréia e clamídia (doenças inflamatórias) assim como herpes, sífilis e cancro (doenças ulcerativas) aumentam a virulência na área genital, além de atraírem as células alvo do HIV para as ulcerações e para o endocervix, promovendo e facilitando a entrada do HIV no sistema imunológico. Portanto, o tratamento e a prevenção das DSTs constituem recurso imprescindível para diminuição da carga viral e mais um forte argumento para a prevenção, tendo em vista o fato de a maioria dessas doenças ser assintomática (Diniz,[s.d.]).

Estudos internacionais mostram que as mais diversas ISTs, como a clamídia e gonorréia, são assintomáticas e, portanto, a sua detecção em formas mais avançadas promove um alto grau de vulnerabilidade aos indivíduos, uma vez que o diagnóstico é difícil na presença dos sintomas e é ainda mais improvável na ausência deles.

Conforme já explicitado, um dos grandes benefícios do preservativo é possibilitar a dupla proteção ou proteção dual, qual seja, a proteção contra a gravidez indesejada e também contra DSTs/Aids. A dupla proteção é considerada uma forma de sexo seguro para casais heterossexuais, que requer negociação entre os parceiros. Segundo Berger (2007), uma mulher e um homem precisam de dupla proteção quando

“... estão envolvidos em um ato sexual, se ambos forem férteis e não quiserem uma gravidez no momento e se tiverem sido expostos a infecções sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV, durante sexo sem proteção um com o outro ou com outra pessoa” (Berger, 2007: 24).

As mulheres que fazem sexo com mulheres e homens que fazem sexo com outros homens não precisam de dupla proteção, pois entre eles não existe o risco de gravidez. No entanto, precisam de proteção contra as ISTs e a Aids. Já as pessoas que têm parceiros de ambos os sexos necessitam de proteção contra as ISTs e a Aids e eventualmente podem precisar da dupla proteção quando se relacionar com pessoas do sexo oposto.

Há, na literatura, várias menções à tripla proteção, que nesse caso se refere às formas de se evitar infecções sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada, assim como proteger a fertilidade, especialmente entre as mulheres jovens. Às ISTs são atribuídas várias das causas de infertilidade. Essa expansão do conceito de dupla proteção tem como intenção explícita ressaltar a ligação entre infertilidade e ISTs e, ao fazê-lo, potencializar e reforçar a prevenção das ISTs (Brady, 2006).

A dupla proteção é também possível com o uso de preservativos femininos ou masculinos associados a outros métodos contraceptivos e/ou o aborto. O uso de dois métodos é uma forma de dupla proteção somente se um dos dois métodos for o preservativo. Outra forma de conseguir a dupla proteção é por meio do uso de um contraceptivo que não seja de barreira, num contexto de monogamia mútua entre parceiros não infectados. Finalmente, a dupla proteção pode ser conseguida por meio de sexo sem penetração (Brady, 2006; Diniz, 2007).

Contudo, poucos serviços de saúde e ou campanhas governamentais têm estimulado a dupla/tripla proteção. Na maioria das vezes, essa alternativa só é incentivada em tratamento de infecções vaginais ou em relações eventuais, paralelas às relações estáveis, sendo retirado o uso tão logo as relações eventuais ou os tratamentos sejam finalizados. Tal fato reforça a idéia de que o uso da dupla proteção, de forma consistente, não é estimulado.

2.2 - Uso do preservativo e fatores associados

Os estudos sobre o uso do preservativo no Brasil vêm mostrando que, nos últimos anos, a proporção de pessoas que se referem ao uso constante do preservativo tem aumentado embora o nível permaneça baixo. Esse aumento está muito relacionado à epidemia do HIV/Aids e às campanhas de promoção do uso do preservativo. Entre 1986 e 1996, o uso do preservativo passou de 1,7% para 4,4%, entre as mulheres unidas, e de 0,8% para 16,9%, entre as não unidas. Entre 1998 e 2005, o uso do condom masculino passou de 23,8% para 35,4% entre as pessoas de 16 a 65 anos. Para as mulheres de diferentes faixas etárias, o resultado mostra que, para as jovens (16 a 25 anos) o uso do preservativo passou de 35,4% para 50,0% entre 1998 e 2005. Nos demais grupos, 26 a 40 anos, 41 a 55 anos e 56 a 65 anos, também houve aumento, no período considerado (Berquó & Koyama, 2005; Paiva et al, 2006; Villela, Barbosa & Diniz 2007).

A resistência ao uso do preservativo masculino estaria associada à própria cultura sexual, em especial nas relações estáveis, onde o uso ou a sugestão de uso traz à tona a suspeita de infidelidade de quem propõe o uso e a confirmação desta infidelidade por quem aceita. Nos relacionamentos ocasionais ou recentes, o uso é considerado mais aceitável, ainda que a tendência ao esquecimento e ao desuso se confirme assim que a relação se torna estável (Diniz,[s.d.]) Por outro lado, o condom feminino, que é um método que surgiu na década de 1970 e cujo uso foi incentivado após as conferências do Cairo (1994) e Pequim (1995), é um recurso que traz consigo a maior possibilidade da dupla proteção: uma contraceptiva e outra contra as ISTs. No entanto, apesar de testado e disponível em vários países, o seu uso é mais baixo do que o preservativo masculino. O preservativo feminino tem a vantagem de ser controlado pela mulher, ser independente da ereção do parceiro (ao contrário do condom masculino), prevenir as DST/Aids, e não ter contra-indicações nem efeitos colaterais conhecidos. Teria como maior desvantagem o alto custo e a necessidade de certo conhecimento e ou a aprovação do parceiro, caso algum dos dois tenha que tocar os genitais. Estima-se que a sua eficácia teórica como contraceptivo e proteção, quando há o uso correto e consistente, seja equivalente ou superior ao do preservativo

masculino, com uma eficácia contra gravidezes indesejadas de cerca de 5 gravidezes por 100 mulheres/ano (5/100). Para os padrões brasileiros, considerando o uso de métodos que podem ser revertidos, trata-se de um resultado de alto padrão, pois estudos mostram que a eficácia de anticoncepcionais orais está aquém dessa taxa (Diniz,[s.d.]).

Apesar de estar aumentando, o percentual de uso de preservativos ainda é baixo, especialmente se observamos as diferenças entre os grupos populacionais. Jovens pobres, do sexo masculino, usam menos que jovens da classe média, também do sexo masculino. Entre as jovens, as mulheres usam muito menos que os homens e, se as relações são estáveis, esse uso é menor ainda. Observando as mulheres unidas, os números são menores ainda. De acordo com Villela, Barbosa & Diniz (2007), essa baixa utilização é decorrente do fato de que a idéia de segurança como parte do ato sexual ainda não foi incorporada ao cotidiano das pessoas.

Em se tratando de acesso, Paiva et al (2006) afirmam que também houve aumento no uso do preservativo pela população em geral. Contudo, a adesão ao uso é maior entre os jovens com primeiro grau completo e menor entre as mulheres e homens negros. Entre os analfabetos, a adesão foi muito mais baixa que nos demais grupos (Paiva et al, 2006).

De acordo com Pascon & Junior (2004), aproximadamente 69% (90,9 milhões) dos brasileiros maiores de 14 anos declararam ter tido uma relação sexual nos seis meses anteriores à pesquisa realizada pelo MS/DST/AIDS-IBOPE em 2003. Estima-se que 79% da população brasileira entre 16 e 65 anos tem vida sexual ativa, medida pelo número de relações nos seis meses anteriores à pesquisa. Desse contingente, cerca de 62,7% eram mulheres e 76,2% eram homens, com uma proporção de 113 homens sexualmente ativos para cada 100 mulheres, a maioria concentrada no grupo de 20 a 29 anos. Segundo os autores, quanto maior a escolaridade e o nível socioeconômico, menor a proporção de pessoas sexualmente ativas. O brasileiro tem, em média, 10,2 relações sexuais ao mês. Os residentes do Sul têm, em média, duas relações a mais que os residentes no Nordeste. Os homens têm mais relações sexuais que as mulheres, superando-as

em 2,4 vezes. O grupo que mais tem relações sexuais, cerca de 12 por mês, está entre 20 e 39 anos.

Em Belo Horizonte, estudo com base nos dados do SRSR indica que as mulheres com maior probabilidade de terem usado camisinha na última relação sexual também têm maior probabilidade de serem de escolaridade mais alta (8 anos ou mais), terem entre 18 e 39 anos e uma auto-percepção de risco de contrair HIV/Aids pequena ou moderada (Miranda-Ribeiro et al, 2008b). Recife difere de Belo Horizonte apenas com relação à idade das mulheres, que têm maior probabilidade de serem um pouco mais jovens – entre 18 e 29 anos (Miranda-Ribeiro et al, 2008a).

Já estudo realizado em uma área urbana na região sul do Brasil sobre o uso do preservativo o resultado demonstrou que a prevalência de uso no último intercurso sexual foi de 28% sendo mais vulnerável às DST's/Aids o grupo de mulheres adultas, brancas, em uniões estáveis com poucos parceiros sexuais (Silveira et al, 2005).

Nas mulheres jovens, a imaturidade do aparelho reprodutivo contribui ainda mais para o aumento da vulnerabilidade. No grupo das maduras e idosas, as complicações com outras doenças fragilizam ainda mais as mulheres. Freitas & Brasileiro (2004) dizem que

“As pessoas com idade acima de 50 anos e com baixa escolaridade, quando infectadas com o HIV, tendem a manifestar os efeitos da imunodepressão de forma mais acelerada que as pessoas jovens, por que tem crescido à Aids, efeitos de outras doenças que freqüentemente aparecem com a aproximação da terceira idade” (Freitas & Brasileiro 2004:2).

As mulheres acima de 50 anos, que até bem pouco tempo eram consideradas como “velhas senhoras”, sem vida sexual ativa, atualmente exercem mais ativamente a sua sexualidade, o que faz com que a vulnerabilidade à transmissão das ISTs seja maior. O aumento significativo da qualidade e da expectativa de vida média da população, nas últimas décadas, não significou também um aumento no planejamento e discussões voltadas para a questão da sexualidade das pessoas acima de 50 anos. Assim, persiste uma falta de informação sobre as ISTs e sobre as formas de prevenção, além da dificuldade do uso do preservativo

que, nessa idade, parece uma atitude desnecessária face ao fim do período reprodutivo e à despreocupação em se evitar gravidezes (Silveira, Béria & Horta, 2002; Silveira, Santos & Béria, 2005; Silva & Paiva, 2006). Cabe observar, ainda, que as pessoas nessa etapa da maturidade agem segundo os conhecimentos e informações que obtiveram ao longo da sua experiência, que nem sempre são suficientes, corretos e os mais indicados. Já para os mais jovens as diferenças no tempo e nas normas que regulam os costumes e regras sociais acontecem em um lapso de tempo posterior, confrontando a formação de uma geração com a outra (Sirinelli, 2000; Silva & Paiva, 2006; Paiva et al 2006).

Sobre a população idosa, cabe lembrar, que nos serviços específicos direcionados a ela, até então não havia uma preocupação específica com programas e ações de educação e prevenção que pudessem orientá-las, já que a maioria das ações e comunicação de massa está voltada para os adolescentes e jovens. Lisboa (2006) chama atenção para o uso fundamental do preservativo abordado em campanhas publicitárias nunca ter apontado para pessoas com mais de 50 anos, alertando para o seu uso como forma de prevenção e sexo seguro. Este fato nos remete à questão da visibilidade dos jovens (produtivos e teoricamente mais necessários) versus a invisibilidade das pessoas com mais de 50 anos. Existiria uma invisibilidade dessa população, como sujeitos, embora ela possua uma sexualidade e a exerça de forma efetiva. Mas, de fato, acredita-se que essa atividade sexual não seja intensa, mas corrente e de múltiplas parcerias, principalmente após os 60 anos, devido ao grande número de divorciados, viúvos e separados (Lisboa, 2006;). Assim, segundo o autor, é preciso frisar *que “há sim atividade sexual após os 50 anos e essa tem sido a causa principal da contaminação pelo HIV”* (Lisboa, 2006: 3-4).

No que diz respeito à raça/cor, o grupo das mulheres negras, no qual estão incluídas pretas e pardas, representa cerca de 45% do total da população feminina e metade da população preta e parda (Heringer, 2006). São cerca de 40 milhões de brasileiras, em sua maioria vivendo em condições precárias de vida e dificuldade de acesso a oportunidades, trazendo-lhes uma grande desvantagem social. Estudos que observam as características específicas de mulheres pretas e pardas são muito importantes para definir melhor o planejamento de ações que de

fato cheguem a elas. De acordo com Heringer (2006), essas desigualdades são o retrato do conjunto da sociedade brasileira, trazido em seu bojo

“... as grandes disparidades de acesso à educação, à saúde, à renda, e também aos serviços públicos. Essas desigualdades são explicadas principalmente por diferenças regionais, as desigualdades raciais, que, combinadas às desigualdades de gênero, colocam as mulheres negras em situação de grande precariedade social e econômica; as desigualdades que se manifestam entre mulheres... sobretudo no que diz respeito ao acesso a benefícios sociais, proteção trabalhista e serviços básicos” (Heringer, 2006: 145).

Entre negros e brancos de uma maneira geral, ainda podemos apontar a desigualdade de gênero, que é marcante, principalmente, em relação à educação, renda e atividade formal. No que se refere à educação, embora tenha havido grandes avanços, a diferença de escolaridade entre brancas e negras é persistente. Heringer (2006) indica que, em 2002, 10% das mulheres brancas de 15 anos e mais não sabiam ler, ao passo que, para as negras, esse percentual era de cerca de 40%. No que tange o mercado de trabalho, a proporção de mulheres negras desempregadas é bastante superior em relação tanto à dos homens negros e brancos, quanto em relação às mulheres brancas. É no mercado de trabalho que as desigualdades entre brancos e negros se tornam, em geral, mais agressivas. Garcia (2005) detectou que

“... o quadro de desigualdades raciais no mercado de trabalho possui os homens brancos no topo da pirâmide de rendimentos e as mulheres negras na base. Observou também uma concentração dos brancos nas famílias de média e alta classe média, havendo super-representação dos negros nas faixas de pobreza e indigência” (Garcia 2005:2).

Não há consenso na literatura sobre quais categorias de raça/cor devem ser utilizadas nos estudos demográficos. Há autores que defendem a utilização das categorias branca e negra (por exemplo, Carvalho et al, 2004), enquanto outros defendem que pardos e pretos representam porcentagens muito diferentes da população brasileira para serem agrupados (por exemplo, Kamel, 2006). Neste estudo, serão utilizadas as três categorias, com a finalidade de explorar as diferenças, caso existam, com maior grau de detalhamento além de constar a divisão entre negras e brancas que comumente também é utilizada com fins de ilustração às diferenças acima explicitadas.

Além dos três aspectos sociodemográficos enfatizados aqui – idade, raça/cor e escolaridade – discutir os papéis de gênero e a sexualidade se faz necessário, uma vez que o preservativo masculino é um método cujo uso depende do acordo prévio entre os parceiros. Esse acordo, via de regra, não é sempre feito de maneira fácil entre os parceiros e isto, com frequência, acaba por forçar a mulher ao não uso. A negociação e o poder de fazê-la é um dos elementos básicos para diminuir a vulnerabilidade às DSTs e ao HIV (Brasileiro & Freitas 2006; Dowsett, 2006). De acordo com Scott (1990),

“Gênero é a organização social da diferença sexual percebida. Essa definição, já clássica nos estudos deste campo, traduz a categoria gênero como um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é uma forma primeira de significar as relações de poder” (Scott, 1990: 14).

Silveira et al (2002) afirmam que o papel social, ou de gênero, da mulher, também aumenta sua vulnerabilidade. Eles explicam que

“... as relações desiguais de poder e a dependência econômica das mulheres, especialmente em países em desenvolvimento, limitam o acesso a informações adequadas e atualizadas. Quando isto ocorre é penosa a modificação de comportamentos e a manutenção dessas mudanças nas interações cotidianas” (Silveira, Béria e Horta, 2002: 671).

Assim, a sexualidade, como princípio estruturador, não pode deixar de ser analisada, em função de uma maior importância às análises de gênero. Nesse aspecto,

“Ao se falar de sexualidade, fala-se também de amor, posição sexual e apoio econômico. Na maioria das culturas, se espera que a mulher casada seja fiel e disponível sexualmente para o marido. E mesmo embora muitas mulheres hoje sejam independentes financeiramente, temos ainda um grande número de mulheres em que o casamento é a única fonte de sustento econômico. Nos casamentos em que os parceiros são independentes financeiramente, o equilíbrio de poder nas relações sexuais é bem diferente daqueles em que a mulher depende economicamente do marido” (Scherer, 2005:28-29)

A representação social da sexualidade feminina é dada pela sua relação com o homem e legitimada, na maioria das vezes, pelo casamento. Na visão da maioria, a mulher só assume os seus papéis sociais após o casamento, já que é sua “função” a maternidade. A fidelidade aparece como principal critério para a mulher

atingir a maternidade, sua condição máxima de feminilidade e que também sustenta sua auto-estima. A característica de virtuosidade pautada na timidez, fragilidade, dependência e fidelidade formam a identidade feminina.

“A questão da confiança na relação também pode ser responsável pelo abandono da proteção durante a relação sexual. Assim, o preservativo se torna uma estratégia a ser utilizada em ocasiões em que não está claro se há confiança entre os parceiros” (Scherer, 2005: 28-29).

Parker & Galvão (1996) chamam atenção para o fato de que as mulheres tendem a viver relações monogâmicas com seus parceiros e nesse aspecto a monogamia em que já vivem as fazem crer que estão protegidas de riscos e as deixam menos vulneráveis. No que se refere ao uso do condom é importante observar que por ser esse um método masculino a mulher pouco interfere no seu uso, fazendo com que a negociação seja mais difícil, já que o controle é totalmente feito pelo homem. E nesse aspecto a participação dos homens, na prevenção, deve ser cada vez maior e mais efetiva e incentivada sob todos os aspectos ou com a criação de elementos que possibilitem às mulheres tal controle na negociação e poder de decisão.

O controle social da sexualidade tem sido um dos mecanismos de opressão resultantes de modelos sociais relacionados às relações de gênero, que determinam como as mulheres devem se posicionar frente à união e/ou aos seus parceiros (Guimarães, 1996). Villela (1996) chama atenção para o fato de que a negociação do uso da camisinha não é uma prática muito usual e muito menos fácil em nossa cultura. Essas dificuldades tendem a dificultar a introdução do condom nas relações sexuais.

O conceito de gênero estrutura a percepção e a organização da vida pessoal. A formação de um imaginário coletivo acerca dos papéis desempenhados socialmente, formado historicamente pela determinação de atitudes e ações peculiares a cada sexo, determina a relação e a interação entre os sexos, propiciando a relação afetiva entre os pares. Historicamente, os homens internalizam como regra social a sexualidade instintiva e sem limites, com maior poder e sensação de fortaleza versus a fragilidade e submissão da mulher (Parker & Galvão, 1996; Lopes, 2003, Diniz, 2007;).

Dado que, em cada geração, as mudanças sociais reorganizam o modo de vida das pessoas, da mesma forma as relações de gênero são pautadas em cada época e em cada tempo, é importante entender essas relações de gênero.

Tomando o conceito de gênero como elemento estruturador e organizador das relações sociais, sua incorporação na análise da dupla proteção é muito importante, sob pena de a análise apenas se fundamentar em uma divisão biológica dos sexos.

“... trata-se de investigar como se dá o processo de sujeição dos corpos, não se tomando o poder como fenômeno homogêneo de dominação, mas a partir da compreensão de que o poder é algo que circula, funciona em rede. Assim, os indivíduos estão sempre na posição de exercer poder e sofrer sua ação, são “centros de transmissão”, sendo o indivíduo um dos efeitos do poder” (Scherer, 2005: 28).

Vilella (1996) coloca três aspectos básicos para a construção de um conceito capaz de ser aplicado aos estudos sobre a vulnerabilidade das mulheres: o poder, sua característica relacional e a produção de identidades. O poder é entendido como a troca nas posições de poder assegurando o que é vivido como legítimo e necessário a cada momento de suas vidas já que a repressão sexual que garante aos homens o controle sobre a vida das mulheres; é também por meio da sexualidade reprimida que as mulheres utilizariam “*seu contrapoder*” traduzido na sedução, o que garante às mulheres certo poder de negociação frente ao homem no qual a concessão do prazer sexual a ele seria trocada por outros valores (materiais ou não).

Mulheres e homens estão submetidos a papéis sociais cuja atitude de um em relação ao outro deve ser analisada segundo um referencial do que é dado por papéis femininos em relação ao que é papel masculino. Mudanças operadas nessas relações por meio de mudanças no espaço feminino necessariamente atingem o espaço masculino. E por fim a construção das identidades do que é masculino e feminino só pode ser pautada na vivência dentro do contexto desses espaços do que é feminino e masculino. Tanto o conceito de gênero quanto o de sexualidade dão conta da experiência humana no que se refere ao sexo. Embora a sexualidade seja configurada por uma essência biológica ela está diretamente ligada aos significados dados pelas várias culturas às diferentes práticas e

comportamentos criando as dimensões do erotismo e da sensualidade. É dentro desta perspectiva que as promoções do uso do preservativo masculino ou feminino devem ser pensadas, uma vez que somente estratégias que levem em conta as perspectivas de gênero e da sexualidade ligadas no limiar da questão das escolhas pessoais de homens e mulheres numa relação estável ou ocasional promoveriam de fato o uso do preservativo e o aumento do poder de negociação das mulheres (Vilella,1996).

No que se refere ao poder de negociação Villela (1996) chama atenção para que haja a introdução do condom na relação sexual e que as mulheres devem ter não só acesso a mudança de comportamentos em que pese as relações de gênero e as estratégias que levem em conta o reordenamento nas posições de trocas para que as mulheres detentoras do prazer desejado pelos homens tenham maiores chances de negociar tanto seu próprio prazer quanto a prevenção contra as DST's/Aids. Esse reordenamento pode ocorrer pensando-se nas concessões que cada um dentro dos pares pode fazer. Além disso, a negociação sexual depende especialmente das informações existentes entre os casais e aumentar a qualidade e quantidade da informação disponibilizada de ser levada em conta (p.182-3). Outro fator bastante importante apontado na literatura é o que se refere aos custos do condom “...qualquer estratégia que vise a ampliação do uso do condom deve estar acoplada a mecanismos eficazes que promovam uma queda efetiva do seu preço ao consumidor, de modo a viabilizar sua compra (...)” (Parker & Galvão, 1996:29-30)

Desta forma, idade, raça/cor, educação e relações de gênero, dentre outros fatores, estão intimamente relacionados à questão do uso/não uso do preservativo masculino. Antes de verificar empiricamente estas relações para as mulheres de 18 a 59 anos em Belo Horizonte e Recife, no próximo capítulo está a descrição dos dados e da metodologia utilizada.

3. DADOS E METODOLOGIA

Neste capítulo são apresentadas as fontes de dados, uma breve descrição das variáveis escolhidas e a metodologia.

3.1- Fonte dos Dados

Os dados utilizados na análise quantitativa são informações do estudo “Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça” (SRSR), realizado em Belo Horizonte e Recife. A Pesquisa SRSR foi levada a campo em 2002, como parte integrante do Programa Ensino e Pesquisa em Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça/cor (SRSR) (Miranda-Ribeiro e Caetano, 2003). Desse projeto, obteve-se um banco de dados sobre os municípios contemplados, o qual contém informações importantes sobre a realidade da saúde reprodutiva, raça/cor e da sexualidade.

Tratou-se basicamente de um estudo probabilístico em três fases, a saber: seleção de setores censitários, sorteio dos domicílios e, de cada domicílio selecionado, sorteio de uma mulher cujas características encontravam-se dentro do princípio de elegibilidade, que era a idade entre 15 e 59 anos e residir no domicílio. Com isso, foi possível obter dados representativos nos dois municípios, observando diferenças por idade, condição socioeconômica e raça/cor. Foram realizadas entrevistas em cada município de abril a setembro de 2002, as quais totalizaram 2408 questionários completos, sendo 1302 em Belo Horizonte e 1106 em Recife (Miranda-Ribeiro, Caetano e Santos, 2004)

Os questionários contêm informações importantes que foram distribuídas em oito grupos: (1) fecundidade, planejamento da fecundidade e história de gravidezes; (2) acesso, utilização, forma de pagamento e avaliação dos atendimentos de pré-natal, parto puerpério, ginecológico e menopausa; (3) anticoncepção; (4) conhecimento dos direitos e serviços de saúde relativos a aborto, contracepção e tratamento da Aids; (5) utilização e acesso aos serviços de saúde; (6) utilização de serviços públicos x privados (planos de saúde); (7) história marital, autonomia

e comportamento sexual; e (8) DST/Aids (Miranda-Ribeiro, Caetano e Santos, 2004).

Apesar de a amostra ser composta por 2408 mulheres, foram utilizadas somente as informações de 1609 mulheres, entre 18 e 59 anos. Foram desconsideradas as mulheres que tinham idade entre 15 e 17 anos, as que assumiram fazer sexo com mulheres e as que se declararam grávidas na data da entrevista. Assim, a amostra final reuniu 900 mulheres em Belo Horizonte e 709 em Recife.

3.2 Variáveis no Estudo

As variáveis selecionadas são associadas ao que leva a mulher a adotar comportamentos auto-protetores ou não, frente ao risco presumido que ela corre, seja de uma gravidez indesejada ou alguma DST/Aids. Foram destacadas aquelas em maior medida contempladas na revisão da literatura. Tais variáveis foram agrupadas segundo os determinantes do uso do preservativo e com isso foram adotados cinco grupos de variáveis, a saber, (1) sociodemográficas; (2) comportamento sexual; (3) conhecimento, informação e percepção de risco; (4) cuidados com a saúde; e (5) poder de negociação. Estes grupos, em seu conjunto, permitem explicar o que leva as mulheres a usarem ou não o preservativo de forma a não correrem risco à exposição tanto a uma gravidez não planejada quanto às DSTs, entre elas o HIV. As variáveis selecionadas, conforme os agrupamentos citados, estão organizadas de acordo com os grupos aos quais pertencem (Tab.1):

Tabela 1 – Variáveis de Estudo: Uso e Não Uso do Preservativo entre mulheres Brancas, Pardas e Pretas - Belo Horizonte e Recife, 2002 (Continua)

Variáveis Sociodemográficas		Categorias	
1	Município	1	Belo Horizonte
		2	Recife
2	Coortes	1	Jovem (18 a 29 anos)
		2	Adulta (30 a 49 anos)
		3	Madura (50 a 59 anos)
3	Raça/Cor	1	Branca
		2	Parda
		3	Preta
4	Escolaridade	1	0 a 3 anos
		2	4 a 7 anos
		3	8 a 11 anos
		4	12 anos e mais
5	Atividade/Renda	1	Trabalhou com renda
		2	Trabalhou sem renda
		3	Não trabalhou
6	Situação conjugal	1	Solteira
		2	Casada
		3	Unida
		4	Divorciada / Separada
		5	Viúva
7	Idade do último parceiro	1	Abaixo de 18 anos
		2	19 a 29 anos
		3	30 a 39 anos
		4	40 a 49 anos
		5	50 a 59 anos
		6	60 e mais
8	Escolaridade do último parceiro	1	0 a 3 anos
		2	4 a 7 anos
		3	8 a 11 anos
		4	12 e mais
		5	Não sabe
9	Número de filhos	1	0
		2	1
		3	2
		4	3 e +
Variáveis de Comportamento Sexual		Categorias	
10	Primeira relação sexual	1	Não voluntária
		2	Voluntária
11	Número de parceiros (12 meses anteriores)	1	Mais de um
		2	Um

(continua)

Tabela 1 (continuação)

Variáveis Sociodemográficas		Categorias
12	Tipo de relação com último parceiro (12 meses anteriores)	1 Parceiro ocasional
		2 Parceiro estável
Variáveis de Conhecimento, Informação e Percepção de Risco		Categorias
13	Não Conhece Preservativo Masculino	1 Sim
		2 Não
14	Não sabe onde encontrar camisinha	1 Sim
		2 Não
15	Não conhece DST	1 Sim
		2 Não
16	Não conhece Aids	1 Sim
		2 Não
17	Cura da Aids	1 Não tem cura
		2 Sim tem cura
		3 Não sabe dizer
18	Aids pode ser Controlada	1 Não
		2 Sim
Variáveis de Cuidados Com a Saúde		Categorias
19	Plano de saúde	1 Sim
		2 Não
20	Consulta médica (Ginecologista - 12 meses anteriores)	1 Duas e mais
		2 Uma
		3 Nenhuma
21	Teste HIV	1 Nunca fez
		2 Já fez
Variáveis de Poder de Negociação		Categorias
22	Poder para parar a relação sexual com o último parceiro	1 Com certeza conseguiria evitar
		2 Não tentaria evitar ou não respondeu
		3 Tentaria mas não conseguiria evitar
		4 Com alguma certeza conseguiria evitar
23	Poder para parar a relação sexual para usar contraceptivo	1 Com certeza conseguiria interromper
		2 Não tentaria interromper
		3 Tentaria, mas não conseguiria interromper.
		4 Com alguma certeza conseguiria interromper
		5 Não sabe / Não respondeu
24	Poder para evitar a relação sexual caso o parceiro não queira usar preservativo	1 Com certeza conseguiria evitar
		2 Não tentaria evitar
		3 Com alguma certeza conseguiria evitar
		4 Não sabe/Não respondeu
25	A mulher deve ter poder para parar ou começar a relação sexual	1 Concorda
		2 Discorda totalmente
		3 Não concorda

Fonte de dados: Pesquisa SRSR, UFMG/Cedeplar, 2002.

3.3 - Metodologia

Neste trabalho, a análise descritiva foi feita pelo cálculo das proporções de usuárias e de não usuárias do preservativo masculino segundo categorias das variáveis analisadas. Como medida de associação, foi utilizada a *Odds Ratio* (OR), a qual é definida como a chance de que um evento ocorra dividido pela chance de que ele não ocorra na presença de alguma característica e varia de um (01) a infinito (Hosmer & Lemeshow, 2000). O evento, nesta dissertação, é o não uso de preservativo; uma característica pode ser, por exemplo, ter feito teste HIV. Assim, é possível medir a chance de não-uso de preservativo entre aquelas que procederam à testagem sorológica em relação à chance de não-uso entre aquelas que não procederam à testagem sorológica (categoria de referência). A significância da OR é avaliada pelo valor de p^2 e, neste estudo, considerou-se que um valor de p igual ou superior a 0,2 não indicaria um OR significativa; entre 0,1 e 0,199 seria considerada marginalmente significativa. Já valores inferiores a 0,1 revelariam elevada significância estatística dos achados. O intervalo de confiança de 95% também foi estimado (Hosmer & Lemeshow, 2000).

² O valor de p é o valor da probabilidade de se obter o efeito observado, dado que a hipótese nula é verdadeira (Hosmer & Lemeshow, 2000). Apesar do uso de uma escala que continha os intervalos do valor de p , para ampliar as possibilidades dos resultados (valor de p a 0,20) foi observado que apenas três variáveis foram marginalmente significantes, ou seja, mesmo com um valor de p a 10% os resultados também se mostraram bastante significativos.

4. RESULTADOS E ANÁLISE

Neste capítulo apresentam-se os resultados obtidos com base nos dados do estudo.

4.1- Análise Descritiva

Das 1609 mulheres da amostra, 24,8% (N=399) afirmaram ter usado o preservativo na sua última relação sexual, enquanto 75,2% (N=1210) afirmaram não ter usado. A tabela 2 indica a distribuição das mulheres entre 18 e 59 anos que usaram e que não usaram o preservativo no último relacionamento sexual, segundo o grupo de variáveis para Belo Horizonte e Recife no ano de 2002. A análise a seguir procura identificar as maiores proporções de não-uso em cada categoria das variáveis especificadas, bem como destacar algumas tendências obtidas por meio das informações. Regra geral, resultados obtidos (tanto nesta análise quanto na análise de associação) com base em número muito reduzido de casos não foram enfatizados, por serem mais sujeitos à variação ao acaso.

Tabela 2 – Mulheres de 18 a 59 anos que usaram ou não usaram o preservativo no último relacionamento sexual - Percentual segundo grupo de variáveis - Belo Horizonte e Recife, 2002

Variáveis Sociodemográficas		Usou	Não Usou	Total
Município	Belo Horizonte	29,67	70,33	900
	Recife	18,62	81,38	709
Coortes	Jovem (18 a 29 anos)	37,59	62,41	532
	Adulta (30 a 39 anos)	20,26	79,74	908
	Madura (50 a 59 anos)	8,88	91,12	169
Raça/Cor (a)	Branca	22,92	77,08	698
	Parda	25,04	74,96	615
	Preta	28,72	71,28	296
Raça/Cor (b)	Branca	22,92	77,08	698
	Negras (Pardas e Pretas)	26,23	73,77	911
Escolaridade	0 a 3 anos	13,85	86,15	195
	4 a 7 anos	20,80	79,20	524
	8 a 11 anos	27,19	72,81	651
	12 anos e mais	35,98	64,02	239
Atividade/Renda	Não Trabalhou	20,05	79,95	379
	Trabalhou sem Renda	19,86	80,14	292
	Trabalhou com Renda	28,25	71,75	938

(Continua)

Tabela 2 (Continuação)

Situação Conjugal	Solteira	61,54	38,46	221
	Casada	17,00	83,00	741
	Unida	15,56	84,44	437
	Divorciada/Separada	33,15	66,85	181
	Viúva	31,03	68,97	29
Idade do Último Parceiro	< 18 anos	75,00	25,00	4
	19 a 29 anos	33,70	66,30	270
	30 a 39 anos	21,34	78,66	464
	40 a 49 anos	15,47	84,53	362
	50 a 59 anos	14,74	85,26	190
	60 e mais	38,24	61,76	319
Escolaridade do Último Parceiro	0 a 3 anos	21,50	78,50	614
	4 a 7 anos	19,21	80,79	557
	8 a 11 anos	22,73	77,27	154
	12 e mais	66,67	33,33	3
	Não sabe	43,77	56,23	281
Número de Filhos	Nenhum	44,13	55,87	315
	Um	44,11	55,89	263
	Dois	19,91	80,09	437
	Três e mais	11,54	88,46	494
Variáveis de Comportamento Sexual				
Primeira Relação Sexual	Voluntária	24,80	75,20	1492
	Não voluntária	24,79	75,21	117
Método Utilizado na Primeira Vez	Nenhum/Não Sabe	18,28	81,72	1012
	Camisinha Masc	48,51	51,49	235
	Outros Tipos	27,62	72,38	362
Número de Parceiros (12 meses anteriores)	Um	23,02	76,98	1503
	Mais de Um	50,00	50,00	106
Relação Último Parceiro (12 meses anteriores)	Parceiro Estável	23,23	76,77	1528
	Parceiro Ocasional	54,32	45,68	81
Variáveis de Conhecimento, Informação, e Percepção e Risco				
Não Conhece Preservativo Masculino	Sim	15,66	84,34	281
	Não	26,73	73,27	1328
Não Sabe onde Encontrar Camisinha	Sim	2,94	97,06	34
	Não	25,27	74,73	1575
Não Conhece DST	Sim	23,53	76,47	17
	Não	24,81	75,19	1592
Não Conhece Aids	Sim	19,05	80,95	357
	Não	26,44	73,56	1252
Cura da Aids	Sim, tem cura	17,86	82,14	112
	Não tem cura	25,65	74,35	1431
	Não Sabe Dizer	11,59	88,41	69
Aids pode ser Controlada	Sim	25,30	74,70	166
	Não	24,74	75,26	1443

(continua)

Tabela 2 (Continuação)

Variáveis de Cuidados com a Saúde				
Plano de Saúde	Sim	24,02	75,98	974
	Não	25,98	74,02	635
Consulta Médica (Ginecologista – 12 meses anteriores)	Nenhuma	22,97	77,03	418
	Uma	22,33	77,67	533
	Duas e Mais	27,96	72,04	658
Teste HIV	Nunca Fez	21,13	78,87	1060
	Já Fez	31,88	68,12	549
Variáveis Poder de Negociação				
Poder para Parar a Relação Sexual Com o Último Parceiro	Não Tentaria Evitar ou Não Respondeu	18,67	81,33	166
	Tentaria mas Não Conseguiria Evitar	24,00	76,00	100
	Com Alguma Certeza Conseguiria Evitar	21,24	78,76	113
	Com Certeza Conseguiria Evitar	26,02	73,98	1230
Poder para Parar a Relação Sexual Para Usar Contraceptivo	Não Tentaria Parar	13,10	86,90	252
	Tentaria, Mas Não Conseguiria Interromper	20,71	79,29	169
	Com Alguma Certeza Conseguiria interromper	19,83	80,17	116
	Com Certeza Conseguiria Parar	28,85	71,15	1064
Poder para Evitar a Relação Sexual Caso o Parceiro não Queira Usar Preservativo	Não Tentaria Evitar	12,43	87,57	354
	Com Alguma Certeza Conseguiria Evitar	23,35	76,65	197
	Com Certeza Conseguiria Evitar	29,47	70,53	1045
	Não Sabe/Não Respondeu	7,69	92,31	13
A Mulher deve ter poder para parar ou começar a Relação Sexual	Discorda Totalmente	25,61	74,39	82
	Não Concorde	22,03	77,97	59
	Concorde	24,86	75,14	1468
N		399	1210	1609

Fonte de dados: Pesquisa SRSR, UFMG/Cedeplar, 2002.

Observa-se que a maior proporção de não-uso esteve entre as mulheres residentes em Recife (81,4%), das idades 50 a 59 (91,1%), da raça/cor(a) branca (77,1%) e com escolaridade inferior a quatro anos (86,15%). Se observarmos a variável raça/cor(b), onde reunimos pardas e pretas a maior proporção de não uso persiste entre as brancas. Assim como a maior proporção de uso foi entre as negras. Cabe notar um comportamento regular e crescente das proporções de não uso com o aumento da idade e crescente com o decréscimo da escolaridade. Entre os demais resultados, destacam-se as mulheres que não trabalharam ou trabalharam sem renda; a situação conjugal casada ou unida; a idade do último parceiro entre 40 e 59 anos; e a parturição superior a 1 filho, fatores que estiveram, nesta primeira análise, mais relacionadas ao não-uso.

Quanto às variáveis de comportamento sexual, os seguintes resultados merecem ser destacados em relação ao maior percentual de não uso: ter tido apenas um

parceiro nos 12 meses anteriores à entrevista (77,0%); a relação com o último parceiro nos últimos 12 meses ter sido estável (76,8%).

No que se refere às variáveis de conhecimento e informação, é pertinente ressaltar alguns resultados: entre as mulheres que não conheciam o preservativo masculino, a proporção de não-uso, foi maior (84,3%); o não-uso foi também maior entre aquelas que não sabiam onde encontrar a camisinha (97,1%), entre as que não conheciam Aids (81,0 %) e entre aquelas que não sabiam dizer se havia cura para a Aids (88,4%).

Observa-se que as maiores proporções de não-uso estão entre aquelas com plano de saúde (76%), entre aquelas com uma consulta médica (77,7%) e, finalmente, para as que nunca haviam feito teste HIV (78,9%).

Quanto às variáveis relacionadas ao poder de negociação das mulheres, note-se que não tentar evitar ou não ter respondido à pergunta sobre ter poder para parar a relação sexual com o último parceiro esteve relacionada em maior medida com o não-uso, relativamente a todas as demais categorias (81,3%). Não ter poder para parar a relação sexual para usar contraceptivo também se mostrou mais relacionado com o não-uso, com percentual de 86,9%. Não tentar evitar a relação caso o parceiro se recusasse a usar preservativo também se mostrou maior proporção de não-uso (87,6%). Finalmente, a mulher não concordar com a afirmativa de que a mulher deve ter poder para parar ou começar a relação sexual, implica proporção de não uso de 78%, relativamente a discordar totalmente ou concordar (74,4% e 75,1%, respectivamente).

4.2 - Análise Univariada

Os resultados da análise univariada (obtida por meio do cálculo da Odds Ratio) foram dispostos na Tabela 3.

Tabela 3 – Análise Univariada, ODDS RATIO, Valores de p e Intervalos de Confiança - Mulheres de 18 a 59 anos que Usaram ou Não Usaram o Preservativo no Último Relacionamento Sexual Segundo Grupo de Variáveis Belo Horizonte e Recife, 2002 (Continua)

Variáveis Sociodemografica			ODDS RATIO	Valores de p	Intervalos de Confiança
1	Município	(1) Belo Horizonte	1,00	-	-
		(2) Recife	1,88	0,000	1,48 ; 2,38
2	Coortes	(1) Jovem (18 a 29 anos)	1,00	-	-
		(2) Adulta (30 a 39 anos)	2,86	0,000	2,24 ; 3,65
		(3) Madura (50 a 59 anos)	7,36	0,000	4,41 ; 12,27
3	Raça/Cor (a)	(1) Branca	1,00	-	-
		(2) Parda	0,85	0,190	0,65 ; 1,09
		(3) Preta	0,72	0,040	0,52 ; 0,98
4	Raça/Cor (b)	(1) Branca	1,00	-	-
		(2) Não Branca (Pretas + Pardas)	0,80	0,059	0,64 ; 1,01
5	Escolaridade	(1) 0 a 3 anos	2,96	0,000	1,79 ; 4,90
		(2) 4 a 7 anos	1,95	0,000	1,40 ; 2,72
		(3) 8 a 11 anos	1,20	0,213	0,89 ; 1,63
		(4) 12 anos e mais	1,00	-	-
6	Atividade/Renda	(1) Trabalhou com Renda	1,00	-	-
		(2) Trabalhou sem Renda	1,81	0,001	1,29 ; 2,54
		(3) Não Trabalhou	1,58	0,002	1,18 ; 2,12
7	Situação Conjugal	(1) Solteira	1,00	-	-
		(2) Casada	7,07	0,000	5,19 ; 9,61
		(3) Unida	7,90	0,000	5,41 ; 11,53
		(4) Divorciada / Separada	2,29	0,000	1,55 ; 3,38
		(5) Viúva	4,46	0,001	1,91 ; 10,40
8	Idade do Último Parceiro	(1) Abaixo de 18 anos	0,48	0,457	0,74 ; 3,22
		(2) 19 a 29 anos	1,18	0,316	0,85 ; 1,64
		(3) 30 a 39 anos	2,33	0,000	1,69 ; 3,22
		(4) 40 a 49 anos	4,43	0,000	3,03 ; 6,45
		(5) 50 a 59 anos	4,92	0,000	3,12 ; 7,76
		(6) 60 e mais	1,00	-	-
9	Escolaridade do Último Parceiro	(1) 0 a 3 anos	4,44	0,212	0,43 ; 46,02
		(2) 4 a 7 anos	5,63	0,148	0,54 ; 58,51
		(3) 8 a 11 anos	4,65	0,203	0,43 ; 49,41
		(4) 12 e mais	1,00	-	-
		(5) Não sabe	1,50	0,739	0,14 ; 15,48
10	Número de Filhos	(1) 0	1,00	-	-
		(2) 1	1,59	0,003	1,66 ; 2,17
		(3) 2	3,34	0,000	2,41 ; 4,63
		(4) 3 e +	7,99	0,000	5,57 ; 11,45
Variáveis Comportamento Sexual			ODDS RATIO	Valores de p	Intervalos de Confiança
11	Primeira Relação Sexual	(1) Não voluntária	1,00	-	-
		(2) Voluntária	1,15	0,538	0,74 ; 1,80
12	Método Utilizado na Primeira Vez	(1) Camisinha Masc	1,00	-	-
		(2) Nenhum/Não Sabe	4,56	0,000	3,4 ; 6,11
		(3) Outros Tipos	2,39	0,000	1,70 ; 3,36

(Continua)

Tabela 3 (Continuação)						
13	Número de Parceiros (12 meses anteriores)	(1) Mais de Um (2) Um	1,00 3,18	- 0,000	- 2,21 ; 4,57	
14	Tipo de Relação com Último Parceiro (12 meses anteriores)	(1) Parceiro Ocasional (2) Parceiro Estável	1,00 4,41	- 0,000	- 2,80 ; 6,93	
Variáveis de Conhecimento, Informação e Percepção de Risco			ODDS RATIO	Valores de p	Intervalos de Confiança	
15	Não Conhece Preservativo Masculino	(1) Sim (2) Não	1,00 2,06	- 0,000	- 1,46 ; 2,92	
16	Não Sabe onde Encontrar Camisinha	(1) Sim (2) Não	1,00 21,42	- 0,029	- 1,37 ; 332,95	
17	Não Conhece DST	(1) Sim (2) Não	1,00 1,35	- 0,658	- 0,36 ; 5,06	
18	Não Conhece Aids	(1) Sim (2) Não	1,00 1,67	- 0,001	- 1,23 ; 2,26	
19	Cura da Aids	(1) Não tem cura (2) Sim tem cura (3) Não Sabe Dizer	1,00 1,76 3,20	- 0,041 0,004	- 1,02 ; 3,01 1,44 ; 7,13	
20	Aids pode ser Controlada	(1) Não (2) Sim	1,00 0,87	- 0,472	- 0,60 ; 1,26	
Variáveis de Cuidados Com a Saúde			ODDS RATIO	Valores de p	Intervalos de Confiança	
21	Plano de Saúde	(1) Sim (2) Não	1,00 0,97	- 0,825	- 0,77 ; 1,22	
22	Consulta Médica (Ginecologista - 12 meses anteriores)	(1) Duas e Mais (2) Uma (3) Nenhuma	1,00 1,22 1,09	- 0,138 0,568	- 0,93 ; 1,59 0,82 ; 1,44	
23	Teste HIV	(1) Nunca Fez (2) Já Fez	1,00 1,69	- 0,000	- 1,34 ; 2,13	
Variáveis de Poder de Negociação			ODDS RATIO	Valores de p	Intervalos de Confiança	
24	Poder para Parar a Relação Sexual Com o Último Parceiro	(1) Com Certeza Conseguiria Evitar (2) Não Tentaria Evitar ou Não Respondeu (3) Tentaria mas Não Conseguiria Evitar (4) Com Alguma Certeza Conseguiria Evitar	1,00 1,59 0,80 1,41	- 0,037 0,327 0,156	- 1,03 ; 2,45 0,51 ; 1,24 0,87 ; 2,28	
25	Poder para Parar a Relação Sexual Para Usar Contraceptivo	(1) Com Certeza Conseguiria Interromper (2) Não Tentaria Interromper (3) Tentaria, Mas Não Conseguiria Interromper (4) Com Alguma Certeza Conseguiria Interromper (5) Não Sabe / Não Respondeu	1,00 2,83 1,36 1,38 5,13	- 0,000 0,135 0,140 0,252	- 1,88 ; 4,27 0,91 ; 2,03 0,90 ; 2,12 0,31 ; 84,64	
26	Poder para Evitar a Relação Sexual Caso o Parceiro não Queira Usar Preservativo	(1) Com Certeza Conseguiria Evitar (2) Não Tentaria Evitar (3) Com Alguma Certeza Conseguiria Evitar (4) Não Sabe/Não Respondeu	1,00 2,74 1,51 6,87	- 0,000 0,021 0,156	- 1,94 ; 3,88 1,06 ; 2,14 0,48 ; 98,53	
27	A Mulher deve ter poder para parar ou começar a Relação Sexual	(1) Concorda (2) Discorda Totalmente (3) Não Concorda	1,00 1,03 1,28	- 0,916 0,471	- 0,60 ; 1,77 0,65 ; 2,49	

Fonte de dados: Pesquisa SRSR, UFMG/Cedeplar, 2002.

O primeiro grupo de variáveis avaliadas foi o das *sociodemográficas*. Em relação ao município, as mulheres que viviam em Recife tiveram chance 88% maior de não usarem preservativo relativamente às de Belo Horizonte (categoria de referência) e este resultado é estatisticamente significativo ($p=0,000$).

A chance de se usar o preservativo diminuiu com o aumento da idade: a chance de as mulheres do grupo das adultas (30 a 49 anos) não usarem o preservativo foi 2,9 vezes a das mulheres da categoria de referência – do grupo das jovens (18 a 29 anos). Dentre as mulheres maduras (50 a 59 anos), a chance chegou a 7,4 vezes a das mulheres de jovens. Todos estes resultados foram significativos ($p=0,000$).

Em relação à *raça/cor*, as chances de não uso das pretas e pardas foram menores do que para brancas (categoria de referência). As pardas tinham 0,85 vezes a chance de uma branca de não usar (15% menor); para as pardas essa cifra era de 0,72 (28% menor). O resultado para as pardas foi marginalmente significativo ($p=0,190$), enquanto para as pretas foi altamente significativo ($p=0,04$). Ou seja, em uma primeira análise, sem controlar por outras variáveis, nessa amostra, o fato de ser branca está mais relacionado ao não-uso do que ser preta ou parda. No que se refere à variável *raça/cor* dividida em duas categorias, brancas e negras, a chance de não uso também foi maior para as brancas, ou seja, a chance de não uso das negras foi 0,8 vezes a chance de uma branca, quando juntamos as duas categorias pardas e pretas em apenas uma categoria ($p=0,059$).

Quanto à *escolaridade*, a chance de não uso para quem tinha de 0 a 3 anos de estudo foi quase 3 vezes ($p=0,000$) a chance das mulheres com escolaridade de 12 anos e mais (categoria de referência). Para quem tinha de 4 a 7 anos de estudo, a chance de não usar o preservativo foi quase duas vezes a chance daquelas com 12 anos ou mais ($p=0,000$). O resultado referente à categoria 8 a 11 anos não se revelou de significância estatística.

Em relação ao *trabalho e a renda*, a chance de não usar o preservativo foi 81% maior para aquelas que trabalharam sem renda ($p=0,002$) e 58% maior para

aquelas que não trabalharam (nos doze meses anteriores à entrevista), relativamente às aquelas que trabalharam com renda (categoria de referência).

Quanto à situação conjugal, ser casada ou unida em relação a ser solteira (categoria de referência) aumentou as chances de não-uso do preservativo em mais de seis vezes no primeiro caso ($OR=7,1$; $p=0,000$) e em quase sete entre as unidas ($OR=7,9$; $p=0,000$). Ser divorciada ou separada em relação a ser solteira aumentou também a chance de não-uso do preservativo em 1,3 vezes, em relação à categoria de referência. Finalmente, a chance de não-uso entre as viúvas foi de 4,5 vezes a chance das solteiras.

No que tange à idade do último parceiro, obteve-se que, tendo como referência os homens de 60 anos ou mais, a chance de não-uso das mulheres foi aumentando à medida que as idades também aumentavam. Contudo, os resultados se revelaram significativos apenas a partir da idade 30 anos ($p=0,000$ para todas as idades a partir de 30). O não-uso foi maior entre as mulheres cujos parceiros estão entre 50 e 59 anos. Nesse grupo, a chance de não usar foi de 4,9 vezes a chance da categoria de referência, assim como no grupo de 40 a 49 anos ($OR=4,4$), e 30 a 39 anos ($OR=2,3$).

Quanto à escolaridade do último parceiro declarada pelas mulheres, a chance de não-uso foi marginalmente significativa apenas para 4 a 7 anos de estudo, em relação à categoria de referência (12 anos e mais). Assim, em relação às aquelas com parceiro de 12 anos e mais de escolaridade, aquelas com parceiro entre 4 e 7 anos de escolaridade revelaram-se com risco de não-uso 4,6 vezes maior.

Quanto ao número de filhos tidos pela mulher, a chance de não usar o preservativo é maior para as mulheres que tem três filhos e mais, qual seja, quase oito vezes a chance das mulheres que não tem filhos (categoria de referência) e este resultado revelou-se altamente significativo.

O grupo das variáveis de *Comportamento Sexual* mostrou que, no que se refere ao fato de a primeira relação ter sido ou não voluntária, os resultados não revelaram significância estatística. Já em relação ao número de parceiros tidos nos últimos 12 meses, a chance de não uso foi maior para aquelas mulheres que

tiveram apenas um parceiro nos doze meses anteriores à data da pesquisa, de 3,2 vezes a chance de uma mulher que teve mais de um parceiro.

Observando o tipo de relação entre as mulheres e o último parceiro, as chances de não-uso para aquelas com parceiro estável foi 4,4 vezes a chance daquelas que tiveram parceiros ocasionais (categoria de referência).

As variáveis que se referem ao *Conhecimento, Informação e Percepção de Risco* mostraram que, em relação às chances de não-uso e o conhecimento sobre preservativo masculino, as chances de não-uso foram maiores para aquelas que responderam não, mais do dobro da chance de uma mulher que respondeu sim, que conhecia ($p=0,000$). Em relação a saber onde encontrar a camisinha, a chance de não-uso foi 21,4 vezes a chance da mulher que respondeu que sabia onde encontrar (categoria de referência), sendo que este resultado foi estatisticamente significativo ($p=0,029$).

A chance de não usar o preservativo foi 35% maior entre aquelas que declararam não conhecerem DST em relação àquelas que disseram conhecê-las. Contudo, o resultado não revelou significância estatística. Quanto ao conhecimento sobre Aids, aquelas mulheres que declararam não conhecer sobre Aids tiveram um não uso 67% superior ao das mulheres que tinham conhecimento sobre a doença e este resultado foi significativo ($p=0,001$). No que se refere ao questionamento sobre a cura da Aids, entre aquelas que não sabiam dizer se havia cura a chance de não usar o preservativo foi de 3,20 vezes ($p=0,004$) a chance das que responderam que a síndrome não tem cura (categoria de referência). Entre as que achavam que a Aids tinha cura, as chances de não uso foram 1,76 vezes a chance das que disseram que não havia cura ($p=0,041$). Finalmente, saber se a Aids poderia ser controlada não revelou associação significativa com o não-uso.

O grupo das variáveis que se referem ao *Cuidado com a Saúde* revelou que fato de ter plano de saúde em relação a não ter indicou uma chance de 0,97 vezes (menor) de não-uso do preservativo, sendo a referência ter plano de saúde. Contudo, este resultado não se revelou significativo ($p=0,825$). Já o acesso a consultas médicas (com ginecologista) ao menos uma vez no ano anterior esteve associado à chance de não uso superior para aquelas somente com uma consulta

(categoria de referência: 2 consultas), mas este resultado foi apenas marginalmente significativo (OR=1,22; $p=0,138$). Para as que não tiveram nenhuma consulta, a chance de não-uso foi 1,09 vezes a daquelas que tiveram duas e mais, mas este resultado não se revelou com significância estatística.

No que se refere ao teste para detectar a presença ou não do HIV, o não-uso do preservativo foi maior entre as mulheres que já haviam feito o teste (69% maior, $p=0,000$).

Por fim, quanto às variáveis sobre o *Poder de Negociação*, entre as mulheres que responderam sobre o seu poder para parar a relação sexual com o último parceiro, aquelas que responderam que não tentariam evitar ou não responderam a essa questão, tiveram chance de não-uso do preservativo 59% maior do que a categoria de referência, qual seja, aquelas que responderam que com certeza conseguiriam parar a relação, resultado este significativo ($p=0,037$). Entre aquelas que com alguma certeza conseguiriam parar, a chance de não-uso foi 41% maiores do que entre aquelas que tinham certeza de que conseguiriam parar; resultado este marginalmente significativo ($p=0,156$). Em relação ao não uso entre as que tentariam, mas não conseguiriam em comparação a categoria de referência, a chance foi de 0,80 a chance destas últimas, mas este resultado não revelou significância estatística ($p=0,327$).

Quanto ao poder para parar a relação sexual, tendo em vista o uso de algum contraceptivo, a chance de não-uso entre aquelas que não tentariam interromper em relação àquelas que certamente conseguiriam fazê-lo foi de 2,83 ($p=0,000$). Em relação à categoria de referência, a chance das que tentariam, mas não conseguiriam interromper foi 36% maior ($p=0,135$) e das que com alguma certeza conseguiriam interromper foi 38% maior ($p=0,140$). Ambos os resultados foram marginalmente significativos.

Já em relação ao poder para evitar a relação sexual, caso o parceiro não quisesse usar o preservativo, a categoria de referência foram aquelas que tinham certeza que conseguiriam evitar e, em relação a estas, a chance de não-uso entre as que com alguma certeza conseguiriam evitar foi de 51% maior, resultados este

marginalmente significativo ($p=0,156$). Entre as que não tentariam o não-uso foi 2,74 vezes o da categoria de referência ($p=0,000$), resultado este significativo.

Finalmente, os resultados sobre o poder para parar ou começar a relação sexual e sua associação com o não-uso não se revelaram estatisticamente significativos.

5. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso do preservativo consiste na forma mais eficiente e conhecida, até o momento, para o controle da propagação das DSTs e contenção da transmissão do HIV por via sexual. Este trabalho teve como objetivo investigar algumas associações existentes entre o não-uso do preservativo por mulheres residentes em Belo Horizonte e Recife e uma série de variáveis sociodemográficas, de comportamento sexual, de conhecimento, informação e percepção do risco de contaminação, de cuidados com a saúde e variáveis relacionadas ao poder de negociação.

O não-uso do preservativo diferenciado entre Belo Horizonte e Recife indica, como era esperado, que aquelas mulheres que moram em Recife ainda usam pouco o preservativo, apesar de aquela cidade ser palco de muitas campanhas e ações na área da saúde reprodutiva. Esperava-se também que as pretas, tradicionalmente mais vulneráveis, usassem menos o preservativo que as brancas. No entanto, o resultado apontou, nessa amostra, para um uso menor para as auto-declaradas brancas do que em relação às outras duas categorias. O maior acesso das mulheres brancas aos métodos anticoncepcionais, principalmente aos orais, pode explicar o não-uso maior da camisinha nesse grupo. As brancas têm maior acesso a outros métodos de prevenção em relação às pretas e pardas e, acredita-se, maior escolaridade e níveis de informação, além do que as pretas e pardas em geral são relativamente mais pobres e, portanto, possuem menos acesso a cuidados com a saúde, bem como acesso a outros métodos. Por serem relativamente mais pobres, pardas e pretas provavelmente não dispõem de recursos financeiros para comprar o anticoncepcional, o que pode ser uma explicação para a maior chance de uso de camisinha nas duas categorias, já que o acesso à camisinha pode se dar gratuitamente, via posto de saúde. Outro fator que pode estar contribuindo para este resultado é o fato das pretas e pardas terem, historicamente, menores chances de estar com um parceiro fixo do que as brancas, o que está associado a um maior uso do preservativo. As mulheres brancas no mercado de casamento,

historicamente, têm mais chance de encontrar um parceiro do que as pardas e pretas e nesse aspecto a correlação entre casadas/unidas brancas, em união estável e o não-uso do preservativo também podem estar associados.

A escolaridade foi um forte indicador de uso do preservativo à medida que ela foi aumentando. Isso por que se acredita que maior nível de informação leva a uma maior conscientização e a uma percepção de auto-cuidado maior, além da diminuição da vulnerabilidade. Outra questão importante é que a alta escolaridade está ligada também ao acesso à informação sobre como conseguir a camisinha, onde encontrá-la e também a sua utilização, ao passo que a falta de conhecimento e informação pode dificultar não só o acesso como também o uso.

O fato de as mulheres casadas terem maiores chances de não-uso de camisinha em relação às demais categorias pode ser explicado por alguns fatores: as mulheres casadas em relacionamentos estáveis não usam o preservativo por confiarem nos seus parceiros e mesmo pelas dificuldades impostas pelas relações de gênero existentes no casamento e presentes nos relacionamentos estáveis ou duradouros. Nesse caso, reforçar o uso do preservativo entre as mulheres nesse tipo de relação pode ser uma estratégia importante para contenção do espalhamento de ISTs/Aids nos relacionamentos heterossexuais. Quanto às mulheres viúvas, o fato de se esperar delas um convívio social sem o compartilhamento de vida sexual faz com essas mulheres tenham relações sexuais com parceiros cuja relação é pouco clara. É importante, ainda, observar que a maioria das mulheres nessa condição, via-de-regra, está entre as maduras (50 a 59 anos) e idosas (60 anos e mais) e a idade mais elevada dessas mulheres traz à tona a questão da educação sexual ter coincido com uma época em que as informações sobre DSTs e Aids eram restritas e pouco difundidas, fazendo com que esta geração opte mais por não usar camisinha – talvez por falta de informação ou mesmo por falta de conhecimento e hábito, ou ainda por não ter poder na relação.

É importante ressaltar que era esperado que parceiros mais velhos evitassem o uso do preservativo, já que o hábito do uso do preservativo como preventivo as ISTs não era tão difundido 40 ou 50 anos atrás, tal como é hoje. O fato de não se usar o preservativo nos primeiros relacionamentos sexuais é um forte indicador de

não-uso no restante da vida e, em conjunto com a difícil relação entre os parceiros à medida que as relações se tornam estáveis, estes são alguns fatores que explicam 'odds' tão altas. Um exemplo significativo é o das jovens, cujas chances de não-uso são muito menores que as chances de não-uso das maduras, talvez devido ao forte investimento em campanhas de prevenção e conscientização oferecida, sobretudo na mídia. Além disso, o surgimento de medicamentos para a impotência masculina, que têm sido utilizados principalmente pelos parceiros com idades maiores de 40 anos, pode aumentar a vulnerabilidade das mulheres, na medida em que tais medicamentos não vêm acompanhados de orientações sobre DST/Aids e suas formas de prevenção.

Outro resultado que também era esperado e já foi apontado pela literatura era que em relacionamentos estáveis as chances de não-uso de camisinha seriam maiores. Sabe-se que mulheres em relacionamentos com parceria única ou estável tendem a não usar o preservativo devido à crença no parceiro e na sua fidelidade. No entanto, o grande número de divórcios e relacionamentos extra-conjugais tem mostrado que a busca por experiências fora do casamento é uma realidade que aumenta a exposição ao risco em todas as idades. O fato das mulheres terem tido maiores chances de não-uso também reflete quão vulneráveis elas estão às DSTs, uma vez que estar casada ou em união estável dificulta a negociação de sexo seguro.

Entre aquelas que acham que a Aids tem cura, o não-uso da camisinha é bastante preocupante. Desde a década de 80, a divulgação em massa da promoção do uso do preservativo tem sido um esforço dos órgãos públicos para chegar a todas as mulheres. No entanto, nessa amostra podemos ver que, a despeito da divulgação das informações, algumas mulheres acreditam que Aids tem cura.

Os resultados sobre o conhecimento das ISTs e a Aids corroboram com o que foi apontado anteriormente e chamam a atenção para um importante fato: a falta de informação e conhecimento sobre essas doenças é associada ao não-uso do preservativo, já que a falta de noção ou percepção quanto à sua própria saúde coloca em risco a saúde da mulher e a deixa mais vulnerável. Nesse contexto, a consulta com profissional especializado na área de saúde é um importante vetor

de divulgação de conhecimentos e promoção do uso da camisinha. Para tanto, é necessário acesso ao atendimento de boa qualidade.

Os resultados para as baixas chances de uso da camisinha entre aquelas mulheres que já fizeram o teste sorológico para detecção do HIV mostram que, ao estar com o exame negativo, a preocupação com o risco de contaminação provavelmente se reduz, diminuindo a chance de uso da camisinha.

A saúde sexual das mulheres depende, em grande medida, de sua habilidade em negociar com os seus parceiros o sexo seguro. O que pudemos ver com os resultados é que, em relação àquelas mulheres que com certeza conseguiriam parar ou evitar uma relação sexual, as demais categorias mostram menor poder de negociação. Entraves culturais e de gênero, o nível de conforto e conhecimento para negociar com o parceiro são fatores que interferem de forma negativa para o uso do preservativo e com isso aumentam a inconsistência no seu uso e, para algumas mulheres, o constrangimento de solicitar ao parceiro a utilização de algum método de proteção talvez seja freqüente.

Podemos perceber, então, que as chances de não uso do preservativo são maiores para as mulheres que residem em Recife; as brancas; as de escolaridade baixa; as sem renda e trabalho; as casadas e unidas; as da coorte madura; as que têm parceiros entre 50 e 59 anos; as com 3 ou mais filhos; e as com plano de saúde.

Em relação ao comportamento sexual, chances de não-uso são maiores para aquelas mulheres em relacionamentos estáveis; com um único parceiro; que não sabem onde encontrar camisinha; não conhecem DST/Aids; e acham que a Aids tem cura.

Quanto ao poder de negociação, são mulheres com baixo poder de negociação e que não tentariam evitar ou parar a relação sexual com o último parceiro caso ele se recusasse a usar camisinha as que têm maiores chances de não usar o preservativo. Mais uma vez, as relações de gênero se mostram indispensáveis em estudos sobre o não-uso de camisinha.

Em termos de políticas públicas, Os resultados sugerem que a população a partir de 50 anos de idade não deve ser esquecida pelas políticas públicas ligadas à prevenção de DSTs/HIV/Aids, incluindo as campanhas de promoção do uso do preservativo e o investimento em educação sexual, que deve ser expandido para estes grupos etários. O fato de as mulheres deste grupo etário estarem fora do chamado período reprodutivo e, portanto, não correrem risco de engravidar, não significa que elas não tenham vida sexual ativa e, assim, não estejam vulneráveis às DSTs. No caso dos homens, o acesso à medicação que melhora o desempenho sexual também os traz de volta às relações sexuais mais freqüentes e, muitas vezes, extra-conjugais, aumentando a exposição ao risco de contrair DSTs e de transmiti-las às suas parceiras fixas – as esposas e companheiras. Aos usuários desse tipo de medicação deveria ser esclarecido e incentivado o uso de preservativo como mecanismo de proteção tanto nas relações extraconjugais quanto para aquelas relações com as parceiras estáveis.

No caso dos jovens, o investimento em ações que promovam o uso do preservativo deve ser acrescido da informação de que somente a camisinha protege contra as DSTs e que, aliada ao uso de um tipo de contraceptivo, especialmente os hormonais, oferece proteção contra a gravidez e contra as IST's, promovendo, assim a dupla e tripla proteção, oferecendo a possibilidade de uma vida reprodutiva saudável.

Várias razões comumente mencionadas para o não-uso do preservativo são o alto custo, a falta de acesso e o desconhecimento além da falta de habilidade no seu manuseio. Diante disso, é preciso que se garanta a distribuição gratuita e que seu acesso seja universalizado³. A camisinha feminina, vista como “esquisita”, desconfortável e pouco excitante, poderia completar a procura por dupla proteção se houvesse maior divulgação, além de um esforço para quebrar o preconceito a respeito do seu uso.

³ Acesso universalizado é utilizado aqui no sentido de que tanto a qualidade quanto a facilidade ao acesso por aquelas pessoas que não podem comprar o preservativo seja observado pelos governos. Mesmo para aquelas pessoas que não desejem usar o preservativo masculino ou feminino, já que as escolhas são individuais e pessoais, a garantia ao acesso deveria ser prática, universal e desburocratizada seja como método anticoncepcional, seja como mecanismo de proteção. .

Deve-se levar em conta que a busca pelo prazer é a principal razão da atividade sexual entre homens e mulheres. Muitos parceiros vêem os preservativos como redutores do prazer sexual. A promoção do prazer com o uso do preservativo pode aumentar não só as chances de uso quanto a prática do sexo seguro.

A erotização da camisinha poderia ser uma importante contribuição para promover o aumento do uso, fazendo com que ela seja vista não apenas como mecanismo de prevenção às IST's e gravidezes indesejadas, mas também como promotora da satisfação individual. É certo que a "geração camisinha", aquela nascida após a epidemia de Aids, é mais aberta ao uso do preservativo. Contudo, esforços para a melhoria da qualidade de vida para as pessoas maiores de 50 anos não podem ser postergados e merecem atenção imediata.

Em termos de políticas públicas na área de saúde reprodutiva, o desafio é transformar a busca pelo prazer, para fazer com que as relações sexuais, em especial para as mulheres, sejam conscientes e positivas no que se refere a própria sexualidade. Negar essa possibilidade pode consistir em um fator negativo tanto na negociação do sexo seguro quanto no próprio reconhecimento do preservativo como acessório erótico nas relações sexuais.

Falar sobre sexo deveria deixar definitivamente de ser um problema. Como o sexo faz parte da natureza humana, falar sobre ele deveria ser natural, cabendo às famílias um papel essencial. Contudo, como fazê-lo se a geração que supostamente deveria informar não é bem informada?

Este estudo tem três limitações. A primeira está relacionada à revisão da literatura. Aqui, optou-se por dar maior ênfase à literatura brasileira sobre os fatores associados ao uso do preservativo. Em trabalho futuro, pretende-se fazer uma revisão mais abrangente, que incorpore experiências internacionais, a fim de situar Belo Horizonte e Recife em um contexto mais amplo.

A segunda é o fato de terem sido realizadas apenas análises univariadas. Foram testadas as associações entre o uso de camisinha e uma série de possíveis fatores, mas não se sabe como essas associações se comportariam caso fossem controladas pelos demais fatores. Uma análise multivariada, levando em conta todos os fatores associados ao mesmo tempo, será objeto de trabalho futuro.

Finalmente, uma terceira limitação diz respeito ao alcance dos resultados, fruto da natureza dos dados utilizados aqui. Inicialmente, o plano era fazer uma análise quanti-quali do uso da camisinha entre mulheres em Belo Horizonte e Recife. Além dos dados do SRSR, pretendia-se analisar entrevistas em profundidade realizadas com mulheres nos dois municípios⁴. O estudo quantitativo permitiu que se verificassem somente os fatores associados ao uso do preservativo, sem nenhuma especulação sobre causalidade ou sobre as percepções das mulheres acerca do uso (ou não) da camisinha. No entanto, devido às restrições de tempo, a análise qualitativa ficou para um trabalho futuro.

⁴ Entrevistas realizadas no âmbito do projeto “Comparação de perfis e percepções de vulnerabilidade de mulheres negras e brancas ao HIV/Aids em Belo Horizonte e Recife”, coordenado por Paula Miranda-Ribeiro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGRESTI, Alan. *Categorical data analysis*. New York: Wiley, 1990.

ALLISON, P. *Logistic regression using the SAS System*. Cary, NC: SAS Institute, 1999.

ALVES, Aline Salheb; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes. Conhecimento, atitude e prática do uso de pílula e preservativo entre adolescentes universitários. *Revista Brasileira. Enfermagem*, Brasília, v. 61, n.1, p.11-17, jan./fev. 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n1/02.pdf>>. Acesso em:11 fev. 2008.

ALVES, José Eustáquio Diniz. Gravidez indesejada: um problema econômico. In: *APARTE: inclusão social em debate* Disponível em: <http://www.ie.ufrj.br/aparte/pdfs/gravidez_indesejada_prob_economico_15jul07.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2008.

ALVES, José Eustáquio Diniz. *Transição da fecundidade e relações de gênero no Brasil*. 1994. 298 f. Tese (Doutorado) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1994.

AMARO, Sarita Teresinha Alves. A questão da mulher e a Aids: novos olhares e tecnologias de prevenção. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 14, n. 2, p.89-99, maio/ago. 2005.

ANDERSON, John E. *et. al.* Condom use and HIV risk behavior among U.S adults: data from a national survey. *Family Planning Perspective*, New York, v. 31, n. 1, p. 24-28, Jan./Feb. 1999.

ARRUDA, Ângela. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, n. 117, p. 127-147, nov. 2002.

AYRES, J. R. C. M. Práticas educativas e prevenção do HIV/AIDS: lições aprendidas e desafios atuais. *Interface: comunicação, saúde, educação*, Distrito de Rubião Jr., v. 6, n. 11, p. 11-24, ago. 2002.

BARBOSA, L. M. *Perfis de vulnerabilidade ao risco de contrair o HIV nas regiões Nordeste e Sudeste brasileiras: aspectos individuais e da comunidade*. 2001. 115 f. Tese (Doutorado em Demografia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.

BARBOSA, L. M; SAWYER, D. O. AIDS: a vulnerabilidade social e a evolução da epidemia nos municípios das regiões Nordeste e Sudeste do Brasil. *Revista Brasileira de Estudos de População*, Campinas, v. 20, n. 2, p. 241-257, jul./dez. 2003.

BARBOSA, R. M., VILLELLA, W. V.; UZIEL, A. P. Entre a vontade e a necessidade: negociação sexual em tempos de Aids. *Sexualidade e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 99-107, set./out.1995.

BELTRAO, Kaizō Iwakami, NOVELLINO Maria Salet. *Alfabetização por raça e sexo no Brasil: evolução no período 1940-2000*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências Estatísticas, 2002. 55 p. (Textos para Discussão, 1)

BERER, M. Dupla proteção: mais necessária do que praticada ou compreendida. *Questões de Saúde Reprodutiva*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 10-22, 2007. Disponível em: <<http://www.mulheres.org.br/rhm2/artigos.php>>. Acesso em: 30 abr. 2008.

BERER, M. Condom, sim! “Abstinência”, não. *Questões de Saúde Reprodutiva*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 10-22, 2007. Disponível em: <<http://www.mulheres.org.br/rhm2/artigos.php>>. Acesso: 30 abr. 2008.

BERQUÓ, E; KOYAMA; M. *Notas preliminares sobre o uso de preservativo entre pessoas sexualmente ativas nos últimos doze meses teste do HIV e seus diferenciais por sexo, idade, escolaridade, raça, e região. Análise comparativa entre 1998 e 2005*. São Paulo: CEBRAP, 2005.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO: Aids e DST. Brasília: Ministério da Saúde, v. 3, n. 1, jan./jun. 2006 .

BONGARTS, John. Global trends in AIDS mortality. *Population and Development Review*, New York, v. 22, n. 1, p. 21-45, Mar. 1996.

BRADY, M. Evitar infecções sexualmente transmissíveis, a gravidez indesejada e proteger a fertilidade: a necessidade de tripla proteção das mulheres jovens. *Questões de Saúde Reprodutiva*, v. 1, n. 1, p. 50-58, 2006. Disponível em: <<http://www.mulheres.org.br/rhm1/artigos.php>>. Acesso em: 30 abr. 2008

BRASIL. Ministério da Saúde; CENTRO BRASILEIRO DE ANÁLISE E PLANEJAMENTO. *Pesquisa nacional sobre comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/Aids*. Coordenação Científica [de] Elza Berquó. 1999. Relatório Final de Pesquisa. Disponível em: <<http://cendoc.nepo.unicamp.br/iah/textos/relatorios/aids.pdf>>. Acesso em 28 abr. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde; CENTRO BRASILEIRO DE ANÁLISE E PLANEJAMENTO. *Relatório de pesquisa*. Brasília, 2005. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalle.cfm?co_seq_noticia=22715>. Acesso em: 07 out. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. DST – AIDS. Programa Nacional de DST e Aids. Portal informativo sobre Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 01 set. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia de vigilância epidemiológica*. 6.ed. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2314 de 20 de dezembro de 2002. Norma técnica-Incentivo HIV/aids e outras DST-Nº 01/2002. Anexo 05 Distribuição do preservativo masculino na prevenção ao HIV/Aids e DST no Brasil Recomendações para pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Disponível em: http://www.aids.gov.br/incentivo/manual/Port_2314_Norma_Tecnica.doc. Acesso em: 10. dez. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. [Preservativos femininos]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/final/prevencao/femininos.htm>. Acesso em: 01 jul. 2007.

BRASILEIRO, Marislei; FREITAS, Maria Imaculada de Fátima. Representações sociais sobre Aids de pessoas acima de 50 anos de idade, infectadas pelo HIV1. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Riberão Preto, v. 14, n.5, p. 789-795, set./out. 2006. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 01 out. 2007..

BRITO, A. M. *et al.* AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. Uberaba, v. 34, n. 2, p. 207-217, mar./abr. 2001.

BRUSCHINI, Cristina; LOMBARDI, Maria Rosa; UNBEHAUM Sandra Trabalho, renda e políticas sociais :avanços e desafios In *O progresso das mulheres no Brasil*. Brasília: UNIFEM, 2006. Disponível em: http://www.mulheresnobrasil.org.br/pdf/O_Progresso_das_Mulheres_no_Brasil.pdf. Acesso em: 16 set. 2008.

CARRENO, Ioná. *Prevalência do uso dos métodos contraceptivos e uso de preservativos como método de prevenção as DST/HIV: um estudo de base populacional no município de São Leopoldo, RS*. 2005. 126 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)- Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Porto Alegre, 2005

CARRENO, Ioná; COSTA, Juvenal Soares Dias da. Uso de preservativos nas relações sexuais: estudo de base populacional. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 720-726, ago. 2006.

CLOSING the condom gap. *Population Reports*, 1999. Disponível em: http://findarticles.com/p/articles/mi_m0856/is_1_27/ai_5480574908. Acesso em: 01 out. 2007.

CONHEÇA a história da camisinha. Disponível em: http://www.terra.com.br/saude/especiais/sexoseguro/curiosidades_historia.htm. Acesso em: 16 set. 2008.

COSTA, Carolina de Souza. Pirâmide da solidão ou pirâmide dos não-casados? Cor e estado conjugal na terceira idade no brasil. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 13., 2002, Ouro Preto. *Anais...* Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar. 2002.

DINIZ, Simone G. Gênero e prevenção das DST/AIDS. In: *Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde*. Disponível em:

<https://sistema.planalto.gov.br/spmulheres/textos/COLETFEM/relacoes_de_genero.doc>. Acesso em: 15 dez. 2007.

DOWSETT, Gary W. Algumas considerações sobre sexualidade e gênero no contexto da Aids. *Questões de Saúde Reprodutiva: sexualidade e reprodução*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 39-49, ago., 2006.

FERREIRA, M. P. Conhecimento e percepção de risco sobre o HIV/Aids: um perfil da população brasileira no ano de 1998. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, p. 213-222, 2003. Suplemento 2.

GARCIA, Vinicius Gaspar. *Questões de raça e gênero na desigualdade social brasileira recente*. 2005. 197 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Econômico) - Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2005.

GAVEY, Nicola; MCPHILLIPS, Kathryn; DOHERTY, Marion. "If it's not on, it's not on": or is it? Discursive constraints on women's condom use. *Gender and Society*, Newbury Park, Calif., v. 15, n. 6, p. 917-934, Dec. 2001

GELUDA, Kátia *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, ago. 2006.

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas, 1987.

GIR, E.; DUARTE, G.; CARVALHO M. J. de. "Condom": sex and sexuality. *Medicina*, Ribeirão Preto, v. 29, p. 309-314, abr./set. 1996. Disponível em: <http://www.fmrp.usp.br/revista/1996/vol29n2e3/condom_sexo_e_sexualidade.pdf>. Acesso em: 10.abr.2007.

GOLDANI, Ana Maria. Demografia e feminismos: os desafios da incorporação de uma perspectiva de gênero. In: AGUIAR, Neuma (Org.). *Gênero e ciências humanas: desafio às ciências desde a perspectiva das mulheres*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997

GUIMARAES, Kátia. Nas raízes do silêncio: a representação cultural da sexualidade feminina e a prevenção do HIV/AIDS. In: PARKER, R; GALVÃO, J; *Quebrando o silêncio: mulheres e aids no Brasil*. Rio de Janeiro: Relumê-Dumará, 1996

HERINGER, Rosana; Diversidade racial e relações de gênero no Brasil Contemporâneo. In: FUNDO DE DESENVOLVIMENTO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A MULHER – UNIFEM. *O progresso das mulheres no Brasil*. Brasília, 2006. cap. 5.

A HISTÓRIA da camisinha (Preservativo/Condom de Vênus). Disponível em: <<http://www.giv.org.br/dstuids/camisinha.htm>>. Acesso em 01 ago. 2007.

HISTÓRIA do preservativo. Disponível em: <<http://www.durex.com>>. Acesso em 16 set.2008

HITCHCOCK, P. Scientific Evidence on Condom Effectiveness for Sexually Transmitted Disease (STD) Prevention: workshop summary. Herndon: DIANE, 2001. (From a workshop held by the US National Institute of Allergy and Infectious Diseases, NIH, June 12-13, 2001.)

HOLMES, King K.; LEVINE, Ruth; WEAVER, Marcia. Effectiveness of condoms in preventing sexually transmitted infections. *Bull World Health Organ*, Genebra, v. 82, n. 6, p. 454-461, Jun. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0042-96862004000600012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 May. 2008.

HOSMER, J.; DAVID, W; LEMESHOW, S. *Applied logistic regression*. New York: Jhon Wiley & Sons, 1990.

JIMENÉZ, Ana Luisa *et al*. Prevention of sexually transmitted diseases among women: association with socioeconomic and demographic variables. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, jan./fev. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 ago. 2008.

JOVCHELOVITCH, S.; GUARESCHI, P. *Textos em representações sociais*. Petrópolis: Vozes, 1995.

LISBOA, Márcia Eliza Servio. A invisibilidade da população acima de 50 anos no contexto da epidemia HIV/AIDS. In: CONGRESSO VIRTUAL HIV/AIDS, 7., 2006. Lisboa. *O VIH/SIDA na criança e no idoso*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz e Faculdade de Farmácia. Disponível em: <http://www.aidscongress.net/article.php?id_comunicacao=281>. Acesso em 27 jul. 2007.

LOPES, F. *Mulheres negras e não negras vivendo com HIV/AIDS no estado de São Paulo: um estudo sobre suas vulnerabilidades*. 2003. 203 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Departamento de Epidemiologia, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

LOPES, Nuno Ambrósio. História da medicina - Saúde sexual e reprodutiva: a história do preservativo. *Sexualidade Planeamento Familiar*, Lisboa, n. 37, p. 31-33, maio/dez. 2003, Disponível em: <http://www.apf.pt/cms/files/conteudos/revista_37.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2008.

MAHARAJ, Pranitha; CLELAND, John. Risk perception and condom use among married or cohabiting couples in KwaZulu-Natal, South Africa *International Family Planning Perspectives*, New York, v. 31, n. 1, p. 24-29, Mar. 2005.

MAIA, Christiane; GUILHEM, Dirce; FREITAS, Daniel. Vulnerability to HIV/AIDS in married heterosexual people or people in a common-law marriage. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 242-248, abr. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102008000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 abr. 2008.

MANN, J; TARANTOLA, D. J. M; NETTER, T. W. (Ed.). *AIDS in the world*. Cambridge: Harvard University Press, 1992. 1037 p.

MARINHO, M. B. Between functionality and playfulness: condoms in aids prevention campaigns. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v. 4 , n. 6, p. 97-108, fev. 2000.

MARTINS, Laura B. Motta *et al.* Factors associated with condom use and knowledge about STD/AIDS among teenagers in public and private schools in São Paulo, Brazil. *Cadernos de. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 315-326, fev. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 Ago. 2008.

MEEKERS, Dominique; RICHTER, Kerry. Factors associated with use of the female condom in Zimbabwe. *International Family Planning Perspectives*, New York, v. 31, n. 1, p. 30-37, Mar. 2005.

MELO, Patrícia Eliane de. Mulher e docência: uma “celebração móvel” de identidade. REUNIÃO ANUAL DA ANPED, 26., 2003, Poços de Caldas. *Novo governo. novas políticas?* Poços de Caldas: PUC Minas, 2003. Disponível em: <<http://www.anped.org.br/reunioes/26/trabalhos/patriciaelianedemelo.rtf>>. Acesso em: 08. maio.2008.

MERRICK, Tom; EPP, Joanne. Condom procurement guide. [Washington]: World Bank. Health Nutrition, and Population, 2001. (Thematic Group Knowledge and Practice Guide Series),

MIRANDA-RIBEIRO, Paula *et al* . *SRSR: saúde reprodutiva, sexualidade e raca/cor*. Belo Horizonte:UFMG/CEDEPLAR, 2004. Relatório descritivo.

NADAL, Sidney Roberto. Os preservativos na prevenção das doenças sexualmente transmitidas. *Revista. Brasileira de. Coloproctologia*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 225-227, jul./set. 2004.

NETER, J. *et al.* *Applied linear statistical models*. Boston: MacGraw-Hill, 1996.

OLIVEIRA, F. O.; WERBA, G. C. Representações sociais. In: STREY, M. N. *et al.* *Psicologia social contemporânea*. Petrópolis: Vozes, 1998.

ONUSIDA; Organização Mundial de la Salud. *Situación de la epidemia de SIDA: diciembre de 2006*. Genibra: OMS, 2006. Disponível em: <http://data.unaids.org/pub/EpiReport/2006/2006_EpiUpdate_es.pdf>. Acesso em: 01 out. 2007.

PAIVA, Vera *et al.* O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, p. 109-119, abr. 2006. Suplemento.

PALLONI, Alberto. Demography of HIV/AIDS. *Population Index*, Princeton, v. 62, n. 4, p. 601-652, Winter, 1996.

PARKER, Richard G.; GALVÃO, Jane. *Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumara; 1996. 206 p.

PASCON, Ana Roberta Pati; BARBOSA JUNIOR, Aristides. Comportamento da população brasileira sexualmente ativa, relacionado ao HIV/AIDS. In: Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 14., 2004, Caxambu. *Anais...* Caxambu: ABEP, 2004

PINELLI, Antonella (Org.). *Gênero nos estudos de população.*, Campinas; ABEP, 2004. (Demográficas, v. 2).

PRESERVATIVOS: reduzindo as barreiras. (Population Reports, Série H, 09) Disponível em: <
<http://www.bibliomed.com.br/lib/ShowCat.cfm?LibCatID=499&ReturnCatID=11529>
>. Acesso em 8 br. 2008.

PRATA *et al.* Gender and relationship differences in condom use among 15-24 years-olds in Angola. *International Family Planning Perspectives*, New York, v. 31, n. 4, p. 192-199, Dec. 2005.

QUIROGA, Junia. Negociação e prática de prevenção de DSTS/AIDS entre uniões inter-raciais e de mesma raça em uma comunidade favelada de Belo Horizonte, MG. In: SEMINÁRIO SOBRE A ECONOMIA MINEIRA ECONOMIA, HISTÓRIA, DEMOGRAFIA E POLÍTICAS PÚBLICAS, 12., 2006, Diamantina. *Anais...* Diamantina: UFMG/Cedeplar, 2006.

REZENDE, Joffre M. de. *Linguagem médica*. 3. ed. Goiânia: AB, 2004.

SÁ, C. P. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, M. J. *O conhecimento no cotidiano*. São Paulo: Brasiliense, 1993.

SANTELLI, John S. *et al.* Stage of behavior change for condom use: the influence of partner type, relationship and pregnancy factors. *Family Planning Perspectives*, New York, v. 28, n. 3, p. 101-107, May./Jun. 1996.

SCHERER, Alessandra d'Ávila. *Conhecimento e atitudes de mulheres a partir de 50 anos sobre a AIDS*. 2005. 93 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

SCHIAVO, M. R. *Preservativo masculino: hoje, mais necessário do que nunca*. Brasília: Ministério da Saúde/Programa Nacional de DST/AIDS, 1997.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise. *Educação e Realidade*, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 5-22, jul./dez. 1990.

SILVA, Cristiane Gonçalves Meireles da. O significado de fidelidade e as estratégias para prevenção da Aids entre homens casados. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 40-49, ago. 2002. Suplemento.

SILVA, Lucineide; PAIVA, Mirian Santos; Vulnerabilidade ao HIV/AIDS entre homens e mulheres com mais de 50 anos. In: CONGRESSO VIRTUAL HIV – AIDS 7., 2006. Disponível em: <http://www.aidscongress.net/article.php?id_comunicacao=308>. Acesso em: 27 jul. 2007.

SILVEIRA, Mariângela F. *et al.* Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e Aids em mulheres. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 6, p. 670-677, dez. 2002.

SILVEIRA, Mariângela F; SANTOS, Iná dos. Impacto de intervenções no uso de preservativos em portadores do HIV. *Revista de. Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 296-304, abr. 2005 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102005000200023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 abr. 2008.

SILVEIRA, Mariângela Freitas da *et al.* Fatores associados ao uso do preservativo entre mulheres de uma área urbana no Sul do Brasil. *Cadernos de. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1557-1567, set./out. 2005.

SIMÃO, A. B.; MIRANDA-RIBEIRO, P.; CAETANO, A. J. O recorte raça/cor e a saúde reprodutiva em Belo Horizonte e Recife: uma análise exploratória sobre a realização de consultas ginecológicas, 2002. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 14., 2004, Caxambu-MG. *Anais...* Campinas: ABEP, 2004. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/site_eventos_abep/PDF/ABEP2004_234.pdf>. Acesso em 16 jan. 2008

SIMÃO, Andréa Branco *et al.* Comparando as idades à primeira relação sexual, à primeira união e ao nascimento do primeiro filho de duas coortes de mulheres brancas e negras em Belo Horizonte: evidências quantitativas. *Revista Brasileira de. Estudos de. População.*, Campinas, v. 23, n. 1, p. 151-166, jan./jun. 2006.

SINDING, Steven W. Does 'CNN' (condoms, ceedles and negotiation) Work better than 'ABC' (abstinence, being faithful and condom use) in ttacking the AIDS epidemic? *International Family Planning Perspectives*, New York, v. 31, n. 1, p. 38-40, Mar. 2005.

SIRINELLI , Jean-François. A geração. In: AMADO, Janaína; FERREIRA, Marieta de Moraes Org.). *Usos e abusos da história oral*. 3. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2000.

SLAYMAKER, Emma; ZABA, Basia. Measurement of Condom Use as a Risk Factor for HIV Infeccion. *Reproductive Health Matters*, London, v. 11, n. 22, p. 174-184, Nov. 2003.

SOLER , H *et al.* Relationship Dynamics, Ethnicity and Condom Use Among Low-Income Women. *Family Planning Perspectives*, New York, v. 32, n. 2, p. 82-101, Mar./Apr. 2000.

SPINK, M. J. O estudo empírico das representações sociais. In: _____. *O conhecimento no cotidiano*. São Paulo: Brasiliense, 1993.

STULHOFER, A *et al.* HIV/Aids-related knowledge, attitudes and sexual Behaviors as Predictors of Condom Use Among Yong Adults in Croatia. *International Family Planning Perspectives*, New York, v. 33, n. 2, p. 58-65, Jun. 2007.

TAMAYO, A *et al.* Prioridades axiológicas e uso de preservativo. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 167-175, 2001

TEIXEIRA, Ana Maria Ferreira Borges *et al.* Adolescentes e uso de preservativos: as escolhas dos jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual. *Cadernos de. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 1385-1396, jul. 2006.

UNITED NATIONS. Depatment of Economic and Social Affairs. World population prospects: the 2004 revision. New York, 2006.

THE UNITED Nations on the demographic impact of the Aids epidemic. *Population and Development Review*, New York, v. 26, n. 3, p. 629-633, Sept. 2000.

UNITED STATES AGENCY INTERNATIONAL DEVELOPMENT. *USAID*: prevenção de HIV/IST e preservativos. Disponível em: <http://www.usaid.gov/our_work/global_health/aids/TechAreas/prevention/condom_factsheet_por.pdf>. Acesso em: 01 maio 2005

PEREIRA, Ana Paula Franco Viegas. *AIDS, prevenir é tão fácil quanto pegar?* Um estudo sobre os fatores que determinam o uso de preservativo entre adolescentes na era da AIDS. 2000. 105 f. Dissertação (Mestrado) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, 2000.

VILLASENOR-SIERRA Alberto *et al.* Conocimiento objetivo y subjetivo sobre el VIH/SIDA como predictor del uso de condón en adolescentes. *Salud Pública de México*, Cuernavaca, v. 45, p. 73-80, 2003. Suplemento 1

VILLELA, Wilza Vieira; BARBOSA, Regina Maria; DINIZ, Simone Grilo. Ampliando o uso do condom no Brasil e no mundo. *Questões de Saúde Reprodutiva*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 7-9, 2007. Disponível em: <<http://www.mulheres.org.br/rhm1/artigos.php>>. Acesso em: 30 abr. 2008

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. GLOBAL PROGRAMME ON AIDS. *WHO specifications and guidelines for condom procurement. Draft.* 1991. Disponível em: <<http://www.ponline.org/docs/066828>>. Acesso em: 06 abr. 2008

ZELLNER, Sara. Condom use and the accuracy of Aids knowledge in Côte d'Ivoire. *International Family Planning Perspective*, New York, v. 29, n. 1, p. 41-47, Mar. 2003.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)