



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Carla Marins Silva

**A percepção de mulheres, em relacionamento estável, quanto à
vulnerabilidade para contrair DST/Aids**

Rio de Janeiro

2008

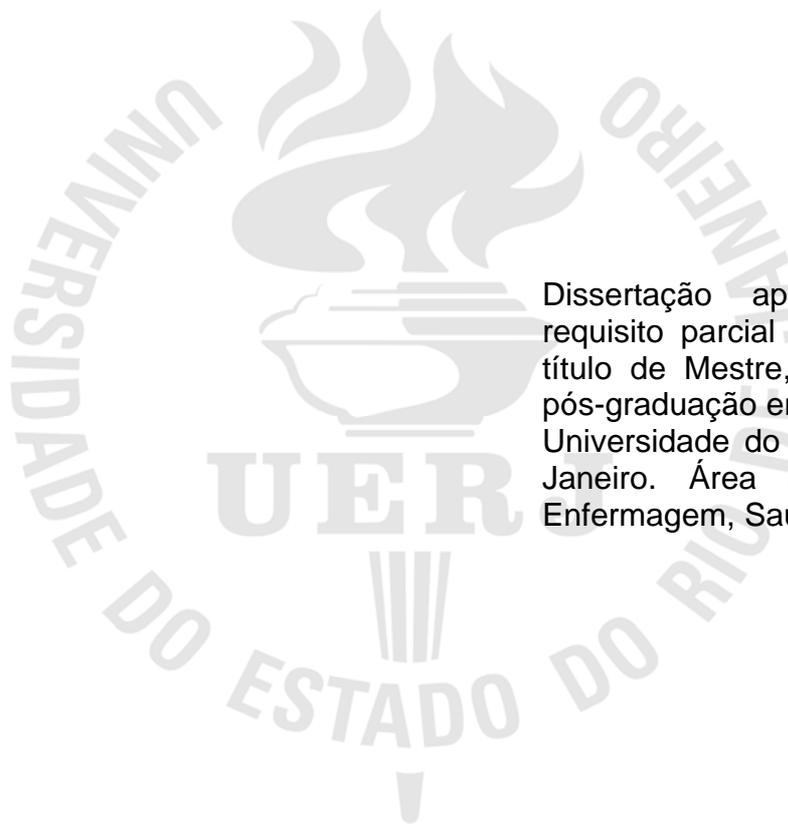
Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

Carla Marins Silva

**A percepção de mulheres, em relacionamento estável, quanto à
vulnerabilidade para contrair DST/Aids**



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de pós-graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. Octavio Muniz da Costa Vargens

Rio de Janeiro

2008

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

S586	<p>Silva, Carla Marins.</p> <p>A percepção de mulheres, em relacionamento estável, quanto à vulnerabilidade para contrair DST/Aids / Carla Marins Silva. - 2008. 89 f.</p> <p>Orientador: Octavio Muniz da Costa Vargens.</p> <p>Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.</p> <p>1. Enfermagem na saúde e higiene da mulher. 2. Relações de gênero – Aspectos da saúde. 3. Doenças sexualmente transmissíveis – Fatores de risco. 4. Infecções por HIV – Fatores de risco. 5. Aids (Doença) – Fatores de risco. 6. Autopercepção nas mulheres – Aspectos da saúde. I. Vargens, Octavio Muniz da Costa. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDU 614.253.5</p>
------	---

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação.

Assinatura

Data

Carla Marins Silva

**A percepção de mulheres, em relacionamento estável, quanto à
vulnerabilidade para contrair DST/Aids**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de pós-graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 16 de dezembro de 2008.

Banca examinadora:

Prof. Dr. Octavio Muniz da Costa Vargens (Orientador)
Faculdade de Enfermagem da UERJ

Dr^a. Vania Reis Girianelli
Secretaria Municipal de Saúde (Rio de Janeiro – RJ)

Prof. Dr. Antonio Marcos Tosoli Gomes
Faculdade de Enfermagem da UERJ

Rio de Janeiro

2008

DEDICATÓRIA

Aos meus pais por todo amor e esforço que sempre me dedicaram para que eu conseguisse alcançar meus objetivos.

AGRADECIMENTOS

Esta dissertação se tornou realidade graças às contribuições de muitas pessoas, sob diversas formas, pelas quais puderam estar me ajudando. Sou muito grata a todos.

Agradeço à Deus, pelas oportunidades concedidas, por me iluminar e me dar forças para superar os obstáculos durante todo percurso de minha vida e em especial, nesses dois anos do curso de mestrado.

Aos meus pais e família pelo apoio, pela paciência, pelos inúmeros gestos de carinho e pelas palavras estimulantes durante todo processo desta pesquisa.

Ao meu querido orientador e amigo Prof. Dr. Octavio Vargens pelo incentivo constante, pela dedicação, pela sabedoria transmitida, pela alegria, pela compreensão dos meus erros e pelos muitos momentos disponibilizados. Obrigada por estar sempre ao meu lado e por ter tornado possível a realização desta pesquisa.

À Sanitarista Dr^a. Vania Girianelli e Prof. Dr. Antonio Marcos Tosoli Gomes por participarem, com tanto carinho, da banca examinadora deste estudo. E também à Prof^a. Dr^a. Carla Luzia França Araújo e Prof^a. Dr^a. Jane Márcia Progiant que participaram como suplentes da banca examinadora, mas que contribuíram com esta dissertação.

Às mulheres entrevistadas, por disporem seu tempo e prestarem generosamente sua colaboração.

Aos meus amigos da turma do mestrado que sempre estiveram presentes e dispostos a ajudar no que fosse preciso. Inclusive compartilhando as ansiedades, medos e cansaços.

Ao meu querido namorado Leandro pelo apoio, pelo constante incentivo e por me escutar nos momentos de angústia. Além de ter disponibilizado uma parte de seu tempo para revisar meu texto. Obrigada.

Aos meus amigos, pelo estímulo, pela torcida e compreensão por minhas ausências, para que este trabalho fosse realizado. Amo muito vocês.

O meu prazer agora é risco de vida, meu sex and drugs não tem nenhum rock' n roll.

Cazuza e Roberto Frejat

RESUMO

SILVA, C. M. **A percepção de mulheres, em relacionamento estável, quanto a vulnerabilidade para contrair DST/Aids.** 2008. 89 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

Trata-se de pesquisa descritiva com abordagem qualitativa cujo objeto foi percepção de mulheres com relacionamento estável quanto à vulnerabilidade para contrair DST/Aids. Os objetivos foram: Descrever a percepção das mulheres com relacionamento estável quanto à vulnerabilidade para contrair DST e Aids e Discutir as influências das relações de gênero na percepção das mulheres com relacionamento estável quanto à sua vulnerabilidade para contrair DST e Aids. O estudo foi realizado em um Campus Universitário, situado na zona norte, no município do Rio de Janeiro, durante os meses de março e abril de 2008. Como sujeitos do estudo foram abordadas aleatoriamente 15 mulheres de idade a partir de 18 anos, que se autodeclararam em relacionamento estável, de diferentes níveis de escolaridades, raças e religião, e que freqüentam o Campus. Neste grupo incluem-se as estudantes dos diferentes cursos, as servidoras técnico-administrativas ou docentes e as demais usuárias das dependências do Campus. Em atendimento ao preconizado pela Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, todos os sujeitos do estudo assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, em que foi garantido sigilo de sua identificação, direito de interromper ou sair da pesquisa e ficar ciente dos resultados finais. O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética da UERJ e foi aprovado em 12 de março de 2008 (projeto 1969-CEP/HUPE). As entrevistas foram gravadas em *Digital Media Player* (mp4) e posteriormente transcritas para análise. Aconteceram em salas de aula, sala de espera, no corredor ou nos bancos do jardim da universidade, de acordo com as escolhas das entrevistadas, de modo a manter sua privacidade. A análise dos dados foi feita segundo os pressupostos da análise de conteúdo conforme proposto por Bardin (1977). Os dados encontrados revelam-se em 3 categorias centrais: a primeira diz respeito à caracterização do relacionamento estável, a segunda discute vulnerabilidade e risco quanto ao relacionamento estável e a terceira apresenta as percepções de si e do outro em relação à vulnerabilidade para contrair DST/Aids. Concluiu-se que as mulheres, em relacionamento estável, reconhecem este grupo como tendo sua vulnerabilidade aumentada. Isto ocorre pelo fato de não adotarem medidas preventivas devido às características próprias do relacionamento estável, como por exemplo, o amor, a fidelidade e a confiança. Apesar disso, percebem as outras mulheres como as mais vulneráveis, uma vez que se excluem do risco de contrair DST/Aids, como uma consequência das desigualdades de gênero construídas culturalmente em nossa sociedade.

Palavras-chave: Saúde da mulher. Gênero. Enfermagem. DST/HIV. Vulnerabilidade.

ABSTRACT

This is a descriptive work with a qualitative approach which goal was the perception of women with a stable relationship of vulnerability to get STD/Aids. The goals were: to describe the perception of women with a stable relationship of the vulnerability to get STD and Aids, and to discuss the influence of the genre relations in the self-perception of women with a stable relationship of her vulnerability to get STD and Aids. The study was conducted in a university campus, located in Rio de Janeiro city, during the period from March 2008 to April 2008. As the subjects of this study, we randomly approached 15 women above 18 years old who declared themselves in a stable relationship, with different years of education, races and religions, and who attended the campus. In this group, there are students from different colleges, technical and administrative public workers, professors and other users of the campus. In view of what is recommended by the resolution 196/1996 of the Health National Council, all the subjects of this study signed an informed consent form, in which the subjects' privacy, the right of temporarily or permanently interrupting the study and its final results were guaranteed. The project of this research was submitted to the Ethic Committee of UERJ (Rio de Janeiro State University) and it was approved in March 12, 2008 (1969 project-CEP/HUPE). The interviews were recorded in a Digital Media Player (mp4) and they were transcribed to the analysis later. The interviews happened in classrooms, waiting rooms, hallways or on the benches of the university garden, according to the interviewees' choice, in order to guarantee their privacy. The data analysis was done according to the presumptions of the content analysis, as proposed by Bardin (1977). The data found in this study were divided into 3 main categories: the first one is about the characterization of a stable relationship, the second one discusses vulnerability and risk in a stable relationship, and the third one presents the perceptions of oneself and of the other of the vulnerability to get STD/Aids. We concluded that women in a stable relationship acknowledge that this group has a higher vulnerability. It happens because they do not adopt preventive measures due to the intrinsic characteristics of a stable relationship, as, for instance, love, constancy and trust. In spite of this, they see other women as the most vulnerable ones, since they exclude themselves from the group in danger of getting DST/Aids, as a consequence of the differences of gender culturally built in our society.

Keywords: Woman's health. Gender. Nursing. STD/HIV. Vulnerability.

SUMÁRIO

	CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	11
1	REVISÃO DE LITERATURA.....	15
1.1	A questão das DST e a saúde da mulher brasileira.....	15
2	REFERÊNCIAL TEÓRICO.....	18
2.1	O conceito de gênero nas relações sociais.....	18
2.2	Vulnerabilidade e mulher	24
2.2.1	<u>Vulnerabilidade: aspectos conceituais.....</u>	24
2.2.2	<u>Vulnerabilidade, Gênero e Mulher.....</u>	29
3	METODOLOGIA.....	31
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	35
4.1	Perfil dos sujeitos.....	35
4.2	Categoria 1 – Caracterizando o relacionamento estável.....	37
4.3	Categoria 2 – Vulnerabilidade e risco.....	46
4.3.1	<u>Subcategoria 1- Contextualizando a vulnerabilidade feminina.....</u>	46
4.3.2	<u>Subcategoria 2 - Relacionando vulnerabilidade com relacionamento estável.....</u>	50
4.4	Categoria 3 – Percepção de si e do outro no contexto de vulnerabilidade... 	54
4.4.1	<u>Subcategoria 1- Percepção de si.....</u>	55
4.4.2	<u>Subcategoria 2 - Percepção do outro.....</u>	65
4.5	Discutindo as contradições.....	71
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	74
	REFERÊNCIAS.....	77
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	86

APÊNDICE B – Roteiro da entrevista.....	87
APÊNDICE C – Demonstração da construção das categorias.....	88
ANEXO – Carta de aprovação do Comitê de Ética.....	89

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Meu interesse em estudar temáticas relacionadas à saúde da mulher surgiu logo nos primeiros contatos com esse conteúdo na graduação. A partir de então, comecei a perceber a mulher muito além do aspecto biológico, o que me fez refletir sobre sua posição na sociedade em que vivemos. Além disso, tive experiências como acadêmica bolsista em uma maternidade, em um subúrbio do município do Rio de Janeiro, onde trabalhei diretamente com investigação epidemiológica de sífilis congênita. Pude perceber o quanto as mulheres se tornam vulneráveis em relação às doenças sexualmente transmissíveis (DST) e o quanto as relações de gênero influenciam nesta situação.

Em pesquisa anterior (SILVA, 2006) estudei a auto-percepção das mulheres quanto à sua vulnerabilidade para contrair DST/HIV e pude perceber que há uma grande contradição entre aquilo que a mulher percebe em si e as outras mulheres. Além disso, analisando os resultados, foi constatado que as mulheres com relacionamento estável apresentam uma maior vulnerabilidade às doenças, pois, geralmente, confiam nos parceiros. Esse tipo de relação é explicitado por meio de categorias como “confiando no parceiro”, “não se sentindo vulnerável” e “tendo diferentes relações com o uso do preservativo” (SILVA, 2006).

Em todo o mundo são freqüentes as doenças sexualmente transmissíveis (DST). Segundo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), estas podem gerar disfunções sexuais, esterilidade, nascimento de bebês prematuros com problemas de saúde, deficiências físicas e mentais, alguns tipos de câncer e até a morte. Um indivíduo com DST tem maior probabilidade de pegar outras DST, inclusive o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) relata a ocorrência, no Brasil, de 10 a 12 milhões de DST ao ano. Apesar de algumas DST serem de notificação compulsória no âmbito nacional (ex: Aids) e várias de notificação no Estado do Rio de Janeiro, muitas pessoas (70%) que têm alguma doença sexualmente transmissível buscam tratamento fora do sistema de saúde, então o número de casos notificados fica muito abaixo da estimativa da OMS (BRASIL, 2007a).

A cada ano, o aumento do número de casos de DST/HIV em mulheres em idade fértil; tem como conseqüência a transmissão vertical. Segundo Vermelho, Silva

e Costa (2005) esta transmissão também é denominada materno-infantil e é a principal via de infecção em crianças pelo HIV. Esta é responsável por mais de 80% do número total de casos em menores de 13 anos (1983-99); considerando o período de 1998 a agosto de 1999, é responsável pela infecção de mais de 90% dos casos. De acordo com o Ministério da Saúde (2007b), os novos números da Aids no Brasil apontam uma queda acentuada nos casos de transmissão vertical. Esta redução foi de 51,5% entre 1996 (1.091 casos) e 2005 (530 casos). Em 2006, foram notificados 109 casos de janeiro a junho nesta categoria. Vale destacar que esta redução ocorreu devido ao uso de quimioprofilaxia antiretroviral e não por decréscimo nos casos entre mulheres.

O aumento da incidência de DST tem se tornado um grave problema de saúde pública, preocupando as comunidades científica e governamental. De acordo com o Ministério da Saúde (2007b),

o Brasil tem, aproximadamente, 600 mil portadores do vírus da Aids, o HIV. Segundo previsão do Banco Mundial o Brasil teria 1,2 milhão de infectados pelo HIV no ano 2000. Dos 600 mil portadores do HIV, incluem-se as pessoas que já desenvolveram Aids e excluem-se os óbitos.

Com o aumento do número de casos por via heterossexual, aumentou-se também a participação das mulheres no perfil epidemiológico da doença, constatada na progressiva redução da razão de sexo entre todas as categorias de exposição: de 15,1 homens por mulher, em 1986, para 1,5 homens por mulher, em 2005 (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2006).

Vale destacar que a pesquisa de Santos et al. (2002), com mulheres HIV positivas, confirma que, com um parceiro ocasional, as mulheres conseguem ser mais incisivas sobre o uso do preservativo, enquanto, em seus relacionamentos estáveis, parecem não conseguir fazer valer sua vontade ou negociar o sexo seguro. Nos estudos de Cogna e Ramos (2002), as estratégias leigas de prevenção utilizadas eram ter relações sexuais com pessoas conhecidas e uso de preservativos nas relações casuais ou com novos parceiros. Nos estudos de Giacomozzi (2004), as mulheres sem relacionamentos fixos, que foram entrevistadas, têm vida sexual ativa e relatam usar sempre a camisinha como método de proteção contra doenças sexualmente transmissíveis e Aids. Entretanto, mesmo com esses cuidados, elas afirmam não se sentirem seguras por completo, pois temem que o preservativo possa arrebentar ou que possam se contaminar de alguma outra forma. Vale

ressaltar também, que a camisinha é encarada como uma das formas mais concretas de prevenção contra DST.

Na pesquisa de Giacomozzi (2004), a grande maioria das mulheres com relacionamentos fixos fala apenas em prevenir a gravidez e só comenta sobre prevenção de DST/HIV quando são questionadas a esse respeito. Entre essas mulheres a pílula anticoncepcional é o método mais utilizado para a prevenção da gravidez. Muitas vezes, ele é mantido por longos períodos ininterruptos das suas vidas, quando bem adaptadas. Em muitos casos, a camisinha nunca foi utilizada. O mesmo apareceu na pesquisa de Nascimento et al.(2005).

Existe ainda certa restrição moral para o uso do preservativo entre os casais em conjugalidade, visto que ao longo da história da nossa sociedade, ele foi associado ao uso em relações extraconjugais. E segundo Carvalho (1998) constata-se que o uso do preservativo é recusado implicitamente, apesar das afirmações sobre o consentimento ou a exigência de seu uso. O modelo de fidelidade imposto pela confiança recíproca, que é um valor em nossa sociedade, torna o uso do preservativo uma contradição. E, muitas vezes, o preservativo é considerado como uma invasão do espaço de prazer, de liberdade (CARVALHO, 1998). Além disso, segundo Fazekas, Senn e Ledgerwood (2001) o fato de não usar preservativo é algumas vezes considerado uma maneira efetiva de demonstrar ou criar confiança entre os casais.

Com base nestas reflexões, perguntamo-nos como as mulheres que se autodeclararam em relacionamento estável percebem sua vulnerabilidade para contrair uma DST?

Sendo assim, o objeto desta pesquisa é a **percepção de mulheres com relacionamento estável quanto à vulnerabilidade para contrair DST/Aids.**

Com o desenvolvimento da pesquisa, pretendo alcançar os seguintes objetivos:

1. Descrever a percepção das mulheres com relacionamento estável quanto à vulnerabilidade para contrair DST e Aids;
2. Discutir as influências das relações de gênero na percepção das mulheres com relacionamento estável quanto à sua vulnerabilidade para contrair DST e Aids;

Para este estudo partiu-se do pressuposto de que as mulheres em relacionamento estável não se sentem vulneráveis a contrair uma DST/Aids por confiar no parceiro, conhecer o parceiro e por acreditar que eles não fazem parte de

grupos de risco. Isto poderia ser considerado um fator de vulnerabilidade, pois quando não se consideram em risco, não há adoção de comportamentos protetores (SILVA, 2006).

A pesquisa se justifica pelo fato de que, apesar de existirem muitos estudos que abordam a mulher e DST/HIV, poucos estudam a percepção da própria mulher em relação ao tema. Acredito que este estudo proporcionará uma maior reflexão dos profissionais de enfermagem, visando o reconhecimento de fatores que contribuem para tornar a cliente vulnerável, proporcionando assim uma melhor assistência a mulheres com relacionamento estável, sendo uma assistência humanizada que vai além da terapêutica e da diminuição de fatores de risco, resultando na redução do número de casos. Além disso, será de grande importância para a comunidade científica, pois conduzirá à obtenção de novos conhecimentos a cerca da discussão de gênero e DST, sob a percepção da própria mulher.

1 REVISÃO DE LITERATURA

1.1 A questão das DST e a saúde da mulher brasileira

As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) eram antigamente conhecidas como doenças venéreas e são infecções muito comuns que podem trazer conseqüências secundárias graves (LOWNDES, 1999). Estas têm um impacto na saúde reprodutiva e no bem-estar da mulher que muitas vezes é irreversível.

Segundo Lowndes (1999), as únicas oportunidades de melhorar a saúde reprodutiva da mulher é a partir da prevenção e do controle destas infecções que muitas vezes são curáveis. Porém, principalmente no Brasil, somente após o surgimento do vírus da Aids é que se passou a considerar importante o controle das DST.

A Organização Mundial de Saúde tem uma estimativa de que, no mundo, ocorram aproximadamente 340 milhões de casos de DST por ano. Vale destacar que não estão incluídos a herpes genital e o HPV (BRASIL, 2007a).

Segundo Passos e Fonseca (1990), este aumento na incidência das DST em vários países tem relação com fatores como mudanças nos comportamento sexual, falta de educação em saúde suficiente, existência de tabus sociais referentes às DST, falta de conhecimento do fato de que a maioria dessas doenças são tratáveis e o desenvolvimento de resistência gênica aos antibióticos pelos microorganismos que causam DST.

No Brasil, existem poucas informações concretas sobre os números de casos de DST. O Ministério da Saúde não obriga a notificação de DST em nível nacional, pois considera que são informações importantes para ações locais de planejamento, organização e avaliação (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2006). De acordo com o Programa Nacional de DST e Aids (2007a), as estimativas de DST na população brasileira sexualmente ativa são sífilis: 937.000; gonorréia: 1.541.800; clamídia: 1.967.200; herpes genital: 640.900 e HPV: 685.400.

Embora não seja obrigatória a notificação em nível nacional, no Estado do Rio de Janeiro as DST são consideradas de notificação compulsória, apesar de não

constarem na lista dos agravos de interesse nacional do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Foram notificados no estado, no período de 2000 a 2006, 62.818 casos de DST (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2006).

Alguns fatores contribuem para baixa notificação de casos de DST no país, além da falta de priorização das DST como problema relevante de saúde pública, como alta incidência de DST assintomáticas na mulher, a prática de automedicação e a ausência de um sistema de informação no serviço privado (GIR et al., 1991).

Segundo Lowndes (1999), a presença de DST aumenta o risco de transmissão e de infecção pelo HIV em até quatro vezes na presença de úlceras genitais, sendo um grande motivo para considerar relevante o controle de DST diante da magnitude da epidemia da Aids. De acordo com o relatório anual do programa conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids, existem aproximadamente 40 milhões de pessoas vivendo com HIV/Aids, incluindo os 4,9 milhões estimados de indivíduos que adquiriram o vírus durante 2004 (BRASIL, 2007b). E o número de pessoas contaminadas aumentou globalmente em comparação com os anos anteriores.

No Brasil, já foram identificados aproximadamente 433 mil casos de Aids, referindo-se à identificação do primeiro caso de Aids, em 1980, até junho de 2006. A taxa de incidência estava em crescimento até a metade da década de 90, chegando, em 1998, cerca de 19 casos de Aids por 100 mil habitantes (BRASIL, 2007b). Quando se analisa a situação incluindo as pessoas portadoras do HIV, o que se verifica é um aumento nestes dados. No ano de 2004, ocorreu uma pesquisa de abrangência nacional que estimou cerca de 593 mil casos de pessoas, entre 15 a 49 anos, que vivem com HIV e Aids que corresponde a 0,61% da população em geral, sendo que deste número, aproximadamente 208 mil são mulheres.(BRASIL, 2007b).

O quadro epidemiológico da Aids tem sofrido importantes mudanças nos últimos anos relacionadas ao perfil dos seus infectados. Uma mudança marcante que se verifica é a alteração na proporção entre homens e mulheres atingidos pelo vírus, aumentando de 15,1 homens por mulher, em 1986, para 1,5 homens por mulher, em 2005. Este quadro é consequência do aumento da transmissão por via heterossexual, aumentando a participação das mulheres no perfil epidemiológico da doença (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2006). Concordo com Takahashi, Shima e Souza (1998, p. 60), quando falam que

a presença cada vez marcante da mulher no quadro da epidemia da Aids traz a necessidade de melhor explorar a temática, pois trata-se de um segmento com especificidades distintas da população masculina e que apresenta desvantagens no que se refere à prevenção, ao controle e tratamento da infecção.

Quanto à existência de risco e mecanismos específicos para o aumento da transmissão entre as mulheres, não se têm respostas necessárias. Porém, a divulgação da idéia de que as mulheres no geral não constituíam um grupo exposto ao risco se tornou um fator de risco marcante. Ao contrário do que foi veiculado, um grupo em crescimento é o de mulheres casadas, cujos companheiros fazem uso de drogas injetáveis ou que mantêm relações extraconjugais com parceiras e/ou parceiros (BARBOSA, 1996).

A prática de ensinar prevenção para o grupo de mulheres heterossexuais que não tem noção de risco é um grande desafio, exatamente porque não têm idéia das práticas de seus parceiros e, se tivessem, não teriam o poder de mudar essas práticas (SANTOS; MUNHOZ, 1996).

Alguns fatores como o biológico, o sociocultural e o assistencial fazem com a mulher se torne mais vulnerável do que o homem à contração de DST/Aids. Os riscos biológicos são agravados por vários fatores socioculturais como a subordinação econômica, sociocultural, física e sexual da mulher que as deixam com poucos recursos para controlar sua exposição às DST/HIV, devido à falta de poder de barganha nas relações sexuais e a conseqüente dificuldade de exigir um comportamento sexual seguro de seu parceiro (LOWNDES, 1999).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O conceito de gênero nas relações sociais

Esta discussão da vida privada da mulher envolve as relações de gênero, enfocando nas relações assimétricas de poder devem ser consideradas como ponto de partida para discussão de prevenção de DST/HIV. Existe uma distinção do sexo biológico para o construído social e historicamente. Este último tem a participação de diversos fatores sociais e subjetivos, que geram uma complexidade ao definir a palavra gênero.

Segundo Scott (1990), gênero é a forma de apontar as construções sociais, na idéia de diferentes papéis para homens e mulheres. É uma maneira de se apontar para as origens exclusivamente sociais das identidades subjetivas dos homens e das mulheres.

A forma de olhar as diferenças entre homens e mulheres como construídas socialmente é um tanto recente e é responsável pela gama de estudos sobre relações de gênero. Nas áreas sociais e humanas, este termo é utilizado para indicar as relações sociais entre os sexos e, com isso, retira a discussão da biologia com o objetivo de analisar as diferenças construídas socialmente (NASCIMENTO, 1996).

A palavra gênero, no Dicionário de Língua Portuguesa Michaelis (ROSA, 2001), significa agrupamento de indivíduos que possuem caracteres comuns e que entrou em espaços discursivos, nos saberes científicos e nos movimentos feministas.

Segundo Pinto (2004), o movimento feminista pensava a “questão das mulheres”, pois as mulheres haviam percebido que existiam diferenças nos tratamentos de homens e de mulheres na sociedade. Quando se reuniam para discutir sobre a situação das mulheres, pensava-se quem seriam essas mulheres e passaram a discutir a expressão “ser mulher é...”, porém com isso estavam correndo o risco de deixar de fora da definição partes importantes na elaboração do que politicamente chamaremos de luta contra a desigualdade de gênero. Como, por exemplo, utilizar para definição a idéia de maternidade, o que excluiria as mulheres que não tinham filhos por opção ou não; também as lésbicas poderiam ser uma

categoria de mulheres excluídas, fazendo com que o grupo não participante lutasse separado por causas distintas. Então, a princípio, tinham uma percepção anatômica, ou seja, tinha menos direitos por nascer mulher. Porém, vale ressaltar que, este problema com a anatomia não era biológico e sim cultural. A cultura tampouco iria funcionar porque varia de acordo com a cidade, as raças e as classes sociais. Então, surge o gênero que por sua vez tem procurado dar ênfase ao caráter social das diferenças, e expor a relação entre os sexos

como uma complexa rede de poderes, naturalizados e levados bem além do biológico pela distinção entre o feminino e masculino, e ao mesmo tempo fragmentados pelas repetições, modificações e recusas da incessante constituição das identidades de gênero (PINTO, 2004, p.37).

Segundo Swain (2004), para se constituir o sujeito mulher, muitas reflexões teóricas articuladas aos movimentos feministas foram necessárias para buscar um significado geral para a multiplicidade do ser-mulher e não apenas um reflexo do contrário ou uma construção do olhar dos homens.

É intrigante que nós, mulheres, estejamos hoje em situações ainda tão desiguais em relação aos homens, mesmo depois que se tenha provado que temos alma, que a menstruação não representa impureza e indignidade, e que nossas capacidades produtivas e intelectuais não são inferiores (NASCIMENTO, 1996, p.25).

Segundo Nery e Tyrrel (2002), o conceito de gênero está evoluindo e se fortificando, mostrando de forma mais clara as diferenças e a marginalização que as mulheres foram e são submetidas dentro do contexto histórico. Este é um produto social que é transmitido de geração a geração.

Analisar a história da mulher através dos tempos, mesmo que superficialmente, mostra a mulher como submissa, excluída e explorada, mas também mostra a luta das mulheres para transformar a história, garantir seus direitos e ocupar seu espaço na sociedade nos últimos tempos. Entre os exemplos históricos, incluem-se mulheres como a cientista Marie Curie, pioneira na pesquisa da radioatividade, e estadistas como Catarina, a grande, que efetivamente governou a Rússia em face da inaptidão política do esposo.

Segundo Muraro e Boff (2002), na fase do matriarcado, a mulher detinha o poder político, em que participava e solucionava os conflitos e organizava a sociedade. A mulher era muito respeitada por suas atribuições. Com o fim do

matriarcado, surge a fase do patriarcado, em que o homem se torna mais valorizado, inferiorizando a mulher. Vale lembrar que esta situação perdura até os dias de hoje. O homem, provavelmente, dominou a mulher devido ao fato de a mulher estar ligada ao cuidado com a vida e com os processos gestacionais.

Durante a Idade Média, as idéias e os conceitos eram elaborados pelos homens da Igreja e as mulheres eram consideradas suscetíveis às tentações do diabo e por isso, deveriam estar sob a responsabilidade dos homens (CARVALHO; SILVA, 2005).

No século XVII, a mulher é lisonjeada pelo seu corpo e seu prazer, sendo esta uma forma de aprisioná-la em um modelo em que ela deveria ser casta, pura e obediente ao seu homem. Com isso, domesticava a mulher no casamento. A Igreja tinha papel fundamental nesta época de ditar a subordinação da mulher, a partir dos sermões e dos manuais de confissão (DEL PRIORE, 2000).

Segundo Alambert (2004), o século XVIII foi marcado por muitas revoluções, com participação das mulheres, representando muita esperança para a mulher. Lutaram por muitas reivindicações de direitos, abordando temas como trabalho, desigualdade legal e participação política, porém esta foi reprimida por um decreto de 1795.

Em meados do século XIX, as atividades da mulher brasileira eram pouco comentadas, fosse ela uma pessoa da elite ou apenas uma escrava. A família desta época consistia de um marido autoritário, que fazia das escravas concubinas, e uma mulher submissa com seus filhos (HAHNER, 2003).

Segundo a mesma autora, com a transferência da corte portuguesa para o Rio de Janeiro, as brasileiras de classe alta passaram a adotar um modelo europeu, o que representou um progresso, pois podiam freqüentar festas, igrejas e o teatro.

O século XX, marcado por grandes avanços tecnológicos e rápidas transformações, também deve ser lembrado como um marco na mudança do papel das mulheres na sociedade.

Cardoso (2005), em seu estudo, fala que no século XX, as mulheres passaram de uma condição caracterizada pela exclusão e submissão, devido ao seu vínculo com a vida familiar para uma participação nos processos sociais, produtivos e políticos. As mulheres conquistaram inúmeros direitos, inclusive o acesso ao voto,

ampliando os conceitos de participação e cidadania. E acrescenta que “o impacto na sociedade moderna desse novo leque de funções assumido pelas mulheres reconfigurou antigas estruturas e ainda está longe de se esgotar” (CARDOSO, 2005, p.1).

Nos séculos passados, a mulher, além da submissão sexual em relação ao homem, era vinculada à reprodução.

Segundo Barsted (2003), a partir da década de 60, passaram a existir novas atividades em relação ao sexo, casamento e reprodução, junto com a introdução da pílula anticoncepcional. A inovação da pílula proporcionou a separação da sexualidade e reprodução, porém, até 1979, não era aceita pelas leis brasileiras, apesar disso, algumas mulheres tinham acesso às mesmas.

A luta do recém organizado movimento feminista, sempre foi direcionada para a busca dos direitos das mulheres e, nessa época, surge o gênero como um instrumento para definição das relações sociais entre homens e mulheres.

Barbosa (1996), em seus estudos, diz que na década de 1970, o movimento feminista brasileiro atuava buscando direitos relativos ao campo da sexualidade, inclusive no fim desta década, debateram-se sobre a educação sexual e as relações de poder entre homens e mulheres.

Nesta década e no início da década de 80, foram desenhados alguns programas de políticas de saúde que não foram concretizados.

A crítica a esses planos ensejou propostas inovadoras e democráticas que deram surgimento, em 1983, ao Programa de assistência integral à saúde da mulher (PAISM). Esse programa introduziu um marco de integralidade na atenção a saúde, não se detendo exclusivamente nas questões da concepção ou contracepção (BARSTED, 2003, p. 80).

Durante esse período, o movimento feminista lutou para que o corpo feminino fosse território das mulheres e que estas pudessem decidir por ele, sendo o direito à prática do aborto um exemplo deste, além da sexualidade e da luta contra a violência.

Em 1985, ocorreu a III Conferência Mundial da Mulher, em Nairóbi, em que a expressão “direitos reprodutivos” caracterizou uma conquista das mulheres na luta pela igualdade social e por cidadania, direitos inscritos em seu Plano de Ação. No

final dessa década, foi incorporado à constituição de 1988 o direito à saúde e à livre decisão do homem, da mulher ou do casal de ter ou não ter filhos, sendo um dever do Estado prover condições para isso (BARSTED, 2003).

Na década de 90, ocorreram as conferências de Meio Ambiente e desenvolvimento (1994) e a IV Conferência Mundial da Mulher em Beijing (1995), fortalecendo o campo de direitos reprodutivos, declarando que os Estados membros da ONU têm o dever de promover o exercício desses direitos. O direito ao aborto legal e seguro foi bastante discutido durante as conferências de Cairo e Beijing, sendo colocado como um problema de saúde pública, devido ao grande número de casos de mortalidade materna e de violência sexual.

Com a chegada da Aids, passou a ser discutido o acesso à informação sobre a prevenção, fazendo com que a reprodução deixasse de ser apenas um direito a ter ou não filhos, passando a ser uma questão de saúde pública. Na prática, a mulher passou a ficar mais vulnerável para exercer os seus direitos sexuais e aumentou o número de casos de Aids entre a população feminina.

A partir da conferência do Cairo foi introduzido um debate sobre saúde, para introduzir uma perspectiva de integralidade na saúde relacionando-a com as condições sociais. “O Plano de Ação do Cairo expressa distinção entre sexualidade e reprodução, bem como entre atenção à saúde e assistência em situação de doença” (BARSTED, 2003, p. 86).

Com este breve histórico, pode-se observar toda uma trajetória percorrida pelas mulheres e o quanto ainda vão percorrer ao longo dos tempos. Segundo Matos (1997, p.76), “a história não recupera o real no passado, não narra o passado, mas constrói um discurso sobre este, trazendo tanto o olhar, quanto a própria subjetividade do historiador que recorta e narra o passado”.

Em relação à história da mulher, algumas questões devem ser sinalizadas como as relações assimétricas de poder que tem origem na fase patriarcal e perdura até os dias de hoje.

Ao longo do tempo foi sendo construída uma cultura de desigualdade, em que a mulher tem características passivas como a compreensão, a conciliação, a paciência e a sensibilidade, enquanto o homem tem o gosto pela aventura, o prazer, a objetividade e a impetuosidade (BARBOSA; VILLELA,1996).

Existem dimensões da condição social da mulher que a colocam em particular desvantagem diante da epidemia, por conta da construção histórica que nega a sexualidade fora do padrão passivo e reprodutor (GUIMARÃES, 1994).

Além disso, tem “a não observância de direitos básicos, relações desiguais de poder e acesso diferenciado a serviços e bens, materiais e simbólicos, acontecendo no âmbito da família e das parcerias, como também a cultura e sociedade” (BARBOSA, 2003, p. 353). Segundo a mesma autora, isso é concretizado no menor acesso a empregos, salários menores e dupla jornada de trabalho.

Colocando neste contexto, de considerar a mulher como ser construído historicamente, a temática da prevenção da Aids deve transcender a biologia e trabalhar com as especificidades relacionais entre homens e mulheres (GUIMARÃES, 1994).

Essa problemática reflete nitidamente na vulnerabilidade da mulher em relação às DST/HIV nas batalhas diárias para negociação de sexo seguro. Vale destacar que, na maioria das vezes, isto foi incorporado como natural no pensar feminino, já que foi construído culturalmente.

De acordo com Barbosa e Villela (1996), ocorreram algumas mudanças na vida da mulher, como a ampliação da experiência sexual feminina, mas não tão abrangente ou profunda como deveria. Segundo as mesmas autoras,

essas questões são fundamentais, na medida em que estão por detrás, subjacentes a todo o processo de negociação sexual, na medida em que se referem a um equacionamento entre perdas e ganhos, diretamente intermediado pelos diferentes valores e significados atribuídos à sexualidade e à relação com cada parceiro, e da mulher com ela mesma e com o mundo (BARBOSA; VILLELA 1996, p.26).

A emergência da epidemia, com conseqüente aumento do número de casos entre mulheres, acrescentado pelo conhecimento dos fatores de vulnerabilidade da mulher, remete à necessidade de mudança no olhar para controle da epidemia.

2.2 Vulnerabilidade e mulher

O aumento da incidência da Aids na população feminina tem se tornado um grave problema de saúde pública, preocupando a comunidade científica e o governo. Segundo o Boletim Epidemiológico (2006), a cada dia o número de mulheres infectadas se aproxima do número de homens infectados pelo HIV, chegando a menos de dois casos masculinos para cada caso feminino. Para Barbosa (1996), este aumento da infecção na população feminina coloca duas questões importantes para discussão: a primeira que fala dos padrões biológicos da doença em relação à mulher e a segunda que trata da possibilidade de proposta de mudança no comportamento sexual como estratégia de prevenção. Neste contexto, a vulnerabilidade é um importante instrumento para interpretar, planejar e avaliar as ações em saúde. Segundo Ayres (1996, p. 5):

A noção de vulnerabilidade busca estabelecer uma síntese conceitual e prática das dimensões sociais, político-institucionais e comportamentais associadas a diferentes suscetibilidades de indivíduos, grupos populacionais e até mesmo nações.

As mulheres se tornam vulneráveis às DST devido a características biológicas próprias e também pela desigualdade de poder e questões de gênero que interferem diretamente no risco.

Diante desta situação, este trabalho propõe uma revisão bibliográfica sobre os conceitos de vulnerabilidade, gênero e mulher no contexto da epidemia do HIV. A intenção deste trabalho é proporcionar elementos que possam contribuir para o aprofundamento da discussão sobre o tema mulher e Aids.

2.2.1 Vulnerabilidade: aspectos conceituais

O termo vulnerabilidade tem sido empregado freqüentemente nos últimos anos, com diferentes perspectivas de interpretação e em diferentes áreas de conhecimento. Wisner (1998) analisa este conceito no contexto de tragédias

naturais, no qual as pessoas/populações podem apresentar vulnerabilidade em relação à exposição a acidentes extensivos. Dilley e Boudreau (2001) utilizaram o termo no campo de conhecimento de nutrição, definindo como a possibilidade sofrer danos e a possibilidade para enfrentá-los. Em outra perspectiva, Watts e Bohle (1993), propuseram uma estrutura para contribuir uma teoria sobre a vulnerabilidade a partir de três poderes: *entitlement*, referindo ao direito dos indivíduos, *empowerment*, empoderamento - relacionando com a participação político-institucional e *político-econômica* relacionada à organização da sociedade. Desta forma, a vulnerabilidade às situações adversas é distribuída, variando de acordo com as regiões, grupos sociais, desenvolvimento econômico e nível educacional.

O contexto de diversificados desafios para o enfrentamento à epidemia da Aids fez emergir o conceito de vulnerabilidade no começo da década de 80, tentando reconceituar a tendência individualizante da doença. Delor e Hubert (2000) realizaram pesquisa com portadores do HIV/Aids, cujos resultados foram analisados em 3 dimensões: trajetória social, interação e contexto social. A primeira dimensão refere-se às várias etapas que os indivíduos atravessam no curso da vida, incluindo suas condutas. Na interação, há dimensão relativa referindo-se à relação dos indivíduos com o contexto social e na terceira dimensão há uma incorporação de fatores econômicos, políticos e culturais de uma sociedade.

Mann, Tarantola e Netter (1993) apresentam uma metodologia para avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV/Aids. Estes autores consideram como determinante mais marcante da vulnerabilidade à infecção o comportamento individual, sendo importante o foco nas ações do indivíduo. Vale ressaltar que somente esta estratégia não é suficiente para controlar a epidemia, sendo de grande importância a consideração de outros fatores. A estrutura de análise incorpora o comportamento individual, o âmbito coletivo e o social. Na vulnerabilidade individual ocorre a auto-avaliação, ou seja, é verificado o conhecimento, o comportamento, o status social e o acesso às informações necessárias, para avaliar a transmissão da doença. Na coletiva, há avaliação estrutural e funcional dos programas que visam o controle da epidemia, enquanto a vulnerabilidade social refere-se à avaliação das realidades sociais por meio de indicadores das Nações Unidas (MANN, TARANTOLA; NETTER, 1993).

Por fim, os autores sugerem a aplicação de escores, classificando a vulnerabilidade como alta, média ou baixa. Segundo essa perspectiva, enfatiza-se a necessidade da responsabilização dos indivíduos na prevenção da doença.

De acordo com o modelo original desta avaliação, Paris (1999) apud Sanchez e Bertolozzi (2007) apresenta a vulnerabilidade à Aids sob uma perspectiva psicossocial. Para esta perspectiva, existem quatro dimensões de vulnerabilidade, a saber: 1) aquela relacionada aos fatores estruturais da sociedade, como desigualdade de renda, educação e de acesso aos serviços; 2) a vulnerabilidade relacionada aos aspectos fisiológicos; 3) a vulnerabilidade decorrente das relações de gênero na sociedade; e 4) a vulnerabilidade na esfera da significação que integra o conceito de risco e a forma como é demonstrado no imaginário social, além de seus diversos significados através da história.

No Brasil, Ayres et al. (1999), pretende ampliar o conceito proposto por Mann (1993), apresentando o modelo de vulnerabilidade em 3 planos interdependentes para sua determinação de uma maior ou menor vulnerabilidade do indivíduo e do coletivo. Para este autor, a vulnerabilidade individual está relacionada ao comportamento pessoal, em que se avalia a qualidade e grau de informação sobre os problemas de saúde, sua elaboração e aplicação prática. A vulnerabilidade social está relacionada ao contexto social, em que se avalia a obtenção das informações, acesso à mídia, disponibilidade de recursos cognitivos e materiais, poder participar das decisões políticas e em instituições. Já a vulnerabilidade programática que se relaciona ao programa de controle da epidemia, pretendendo realizar avaliação desses, e ainda o grau de qualidade das instituições, dos recursos, do gerenciamento e do monitoramento dos programas nos diferentes níveis de atenção. Ayres et al. (1999, p. 50) dizem em seu estudo que

a conceituação da vulnerabilidade ao HIV/Aids expressa um esforço de produção e difusão do conhecimento, debate e ação sobre os diferentes graus e naturezas da suscetibilidade de indivíduos e coletividades à infecção, adoecimento ou morte pelo HIV, segundo a particularidade de sua situação quanto ao conjunto integrado dos aspectos sociais, programáticos e individuais que os põem em relação com o problema e com os recursos para seu enfrentamento.

Esta abordagem pode ampliar a atuação em saúde e interpretar outras situações em saúde além da Aids. Segundo Sanchez e Bertolozzi (2007), este modelo visa construir políticas baseando-se nas necessidades dos seres humanos e na participação dos mesmos. O conceito de vulnerabilidade busca superar o modelo

biológico tradicional, privilegiando o plano coletivo, amplia o horizonte para além da abordagem que restringe na responsabilidade do indivíduo. Palma e Mattos (2001) definem o conceito de vulnerabilidade de forma parecida com a abordagem de Ayres, uma vez que envolvem aspectos da dimensão estrutural e a dimensão particular. A primeira reporta aos processos de exclusão social e a segunda como a capacidade de indivíduos/grupos de reagirem.

Ayres e Figueiredo (2002) apresentam um processo de intervenção comunitária para redução da vulnerabilidade, mostrando a grande importância dos profissionais se aproximarem da população e conhecer suas necessidades para assim encontrar meios de intervenção.

Vale ressaltar que o conhecimento do conceito de vulnerabilidade é um instrumento importante para a saúde coletiva, no sentido de transformar as práticas de saúde.

Ayres et al. (1999) relatam que o termo vulnerabilidade originou-se na área dos Direitos Humanos, em que a princípio designava grupos ou pessoas fragilizados em relação à garantia de seus direitos de cidadania. De acordo com estes autores, essa expressão passou a entrar na área da saúde, como suscetibilidade do indivíduo ou populações ao risco, a partir de 1992, nos Estados Unidos.

Antes da aplicação do conceito de vulnerabilidade para interpretar a epidemia de HIV, foi associada à nova doença a expressão *fator de risco*, de 1981 a 1984, como instrumento epidemiológico para seu enfrentamento (AYRES et al., 1999). Ayres (2002) conceitua risco como a probabilidade de susceptibilidade, atribuídas ao indivíduo de algum grupo populacional, que são delimitados em função da exposição a agentes, agressores ou protetores, de interesse técnico-científico. Com isso, orienta as atividades de intervenção em saúde.

Logo após, o conceito de *fator de risco* transmutou-se no conceito *grupo de risco*, que foi amplamente difundido, porém não era suficiente epidemiologicamente, causando preconceitos contra os homossexuais, hemofílicos, usuários de drogas injetáveis e prostitutas, que foram os primeiros grupos a se contaminarem com o vírus (AYRES et al., 1999).

Durante este período, toda forma de prevenção girou em torno destes grupos e sempre voltada para o isolamento e a abstinência.

Segundo Ayres et al. (1999) no período de 1985 a 1988, a Aids já tinha caráter pandêmico e o conceito de *grupo de risco* começou a sofrer críticas e passou a ser inadequado para a dinâmica da epidemia. Com isso, passou a ser utilizada a idéia de *comportamento de risco*, retirando a exclusão e preconceito em relação aos grupos. Esta idéia “universaliza a preocupação com a prevenção e estimula ativo envolvimento individual com a prevenção” (AYRES et al., 1999, p.53).

Contudo, também apresenta limites importantes, devido à associação idéia de culpa ou displicência como sendo apenas do indivíduo. Os movimentos sociais organizados começaram a criticar este conceito, pois acreditavam que

a mudança de comportamento não é a resultante necessária de informação + vontade, mas passa por coerções e recursos de natureza cultural, econômica, política, jurídica e até policial, desigualmente distribuídos entre os gêneros, países, segmentos sociais, grupos étnicos, faixas etárias (AYRES et al, 1999, p.54).

Atualmente a Aids atinge todo o mundo e, com os avanços tecnológicos, progredem os recursos para diagnóstico, prognóstico e tratamento. Nesse cenário, surge um conceito de vulnerabilidade, que ainda está em construção, como uma negação ou enriquecimento dos outros conceitos utilizados para o enfrentamento da doença (AYRES et al., 1999). Este supera a concepção individualizante de “risco” e passa a considerar um conjunto de aspectos, individuais e coletivos, que levam à susceptibilidade a doenças.

Segundo Buchalla e Paiva (2002), a vulnerabilidade de um determinado grupo à infecção e ao adoecimento pelo HIV é resultado de várias características dos contextos político, econômico e socioculturais que aumentam ou diminuem o risco individual. Além disso, deve-se trabalhar a vulnerabilidade social que constitui um grande desafio de longo prazo, que implica aprimorar os programas de prevenção e assistência para a compreensão sobre as dificuldades mais estruturais da prevenção e sobre o acesso. A idéia de vulnerabilidade programática, assim, traz também diversos meios de prevenção para que todos possam realmente se proteger da infecção e do adoecimento.

2.2.2 Vulnerabilidade, Gênero e Mulher

Quando traçamos o perfil da epidemia da Aids, podemos constatar a velocidade com que a infecção vem aumentando entre as mulheres nos últimos anos. Segundo o Boletim Epidemiológico (2006), a maioria dos casos notificados ainda é de homens, apesar de os valores se aproximarem à igualdade nos últimos anos. A proporção homem/mulher, desde 1999 é de menos de dois casos masculinos para cada caso feminino. Segundo Saldanha (2003) o HIV/Aids entre as mulheres indica não só as dificuldades para oferecer respostas institucionais para conter a epidemia, mas também, e acima de tudo, remete para as questões de gênero. Foi a partir da concepção do gênero como categoria de interpretação e análise das relações entre homens e mulheres que se tornou possível compreender a construção dos papéis sociais de homens e de mulheres, cuja assimetria provoca aumento da vulnerabilidade das mulheres à infecção.

Nos estudos de Diniz (2005), gênero é o sexo construído socialmente ou, ainda, um conjunto de estratégias em que a sociedade transforma a sexualidade biológica em produtos da atividade humana. Para a mesma autora

o gênero é um construto social e cultural que estabelece valores diferenciados para homens e mulheres, e as formas como eles (homens e mulheres) se relacionam na sociedade. É um construto específico em cada cultura – há diferenças significativas nas quais os homens e as mulheres podem ou não podem ser comparados aos outros (DINIZ, 2005, p.2).

Desde muito tempo, a construção social da história da mulher, está baseada na submissão ao homem, na inferioridade e na incapacidade de igualar os sexos. Segundo Nascimento (1996), até os dias de hoje, a relação entre homens e mulheres se baseia na demarcação de papéis diferentes, de certa forma favorecendo o homem, permitindo-lhe oportunidades, de modo desigual em relação às mulheres. Nascimento (1996, p. 23) apresenta em seus estudos que

as diferenças e desigualdades que (ainda) separam mulheres e homens no mundo contemporâneo são relativamente grandes, mesmo que o seu conteúdo tenha se modificado ao longo do tempo ao ponto de chegar a mascarar a realidade para muita (o)s que teimam em não enxergá-la sob o discurso da universalidade dos fenômenos sociais.

Sabe-se que a desigualdade entre os sexos, masculino e feminino, tem produzido, historicamente, uma submissão e inferiorização da mulher. Concordo com Werneck (2001), quando diz em seu estudo que as mulheres ainda permanecem excluídas do poder de decisão na vida pública e privada, ainda recebem baixos salários e inferiores aos dos homens para os mesmos trabalhos e são atingidas pela violência cotidiana, doméstica e sexual. Segundo Lowndes (1999) esta subordinação econômica, sociocultural, física e sexual que as deixa com poucos recursos para se defenderem da exposição às DST/HIV, por conta da falta de poder de barganha nas relações sexuais e conseqüentemente a dificuldade em exigir um comportamento sexual seguro de seu parceiro.

Assim, esta desigualdade produz uma maior vulnerabilidade para as mulheres, impactando cada vez mais epidemia entre elas. Vale destacar que outro ponto importante para discussão é a baixa percepção de risco entre as mulheres, principalmente entre as com relacionamento estável (SILVA, 2006). Goldstein (1996) diz que é muito difícil ensinar prevenção às mulheres heterossexuais que não têm noção do risco e não têm poder de mudar o comportamento do parceiro. Um passo importante para prevenção seria fazer com que as mulheres acreditem realmente que o risco também pertence a elas.

Com isso, é de suma importância a elaboração de estratégias preventivas voltadas não só para as mulheres que são o grupo alvo, mas também é necessário envolver os homens em um processo de mudança, já que seu comportamento atinge diretamente a mulher.

Segundo Dias, Gonçalves e Silva (2003), a mulher deve ser incentivada a ter o controle da sua vida, implicando por investimentos nas oportunidades educacionais e de emprego, com igualdade em relação ao homem, e também em relação à área da saúde sexual, com o direito à saúde e aos cuidados de saúde. Este processo inclui fortalecer a auto-estima da mulher, para que desta forma possa se expressar, defender os seus direitos na área da saúde sexual e reprodutiva e tomar decisões, nas relações pessoais, familiares e comunitárias. Estes passos são considerados essenciais para aumentar o poder da mulher e a sua afirmação na sociedade em que está inserida.

3 METODOLOGIA

Desenho do Estudo

Trata-se de pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, considerando a natureza subjetiva do objeto de estudo. Para Rúdio (2001) o método descritivo é aquele em que o pesquisador procura conhecer e interpretar a realidade, sem nela interferir a ponto de modificá-la. De forma complementar, a pesquisa descritiva privilegia a investigação e a descrição das características de determinadas populações buscando estabelecer variáveis, identificar a existência de associações entre as mesmas, além de levantar as opiniões, atitudes e crenças (GALIANO, 1986). Para Ludke e André (1986) é através das descrições que pode se detalhar acontecimentos, situações, citações e depoimentos que enriquecerão e facilitarão a interpretação e a análise das informações.

Para Polit, Beck e Hungler (2004), a pesquisa qualitativa se caracteriza como holística e naturalista, buscando a visão do todo e tendo, como base, as vivências e os acontecimentos dos autores. É flexível e elástico o delineamento qualitativo, “um delineamento que emerge à medida que o pesquisador toma decisões constantes que refletem o que já foi aprendido” (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004, p. 200). Leopardi (2001) acrescenta que o fato da pesquisa qualitativa trazer experiências verdadeiras de pessoas, não significa que seja suspeita e tida como não verdadeira.

Cenário

O estudo foi realizado em um campus universitário, situado na zona norte, no município do Rio de Janeiro, no bairro de Vila Isabel, durante o mês de março e abril de 2008. A escolha do campo se deu em função deste ser rico na diversidade de mulheres que freqüentam e transitam por este espaço. É também um espaço de acesso a uma estação de metrô, por onde transitam mulheres de diferentes raças, condições socioeconômicas, idades, religiões e comportamentos.

Sujeitos

Como sujeitos do estudo foram abordadas, aleatoriamente, 15 mulheres de idade a partir de 18 anos, que se autodeclararam em relacionamento estável, de diferentes níveis de escolaridades, raças e religião, que freqüentam o campus João Lyra Filho, na zona norte, no município do Rio de Janeiro. Neste grupo incluem-se as estudantes dos diferentes cursos, as servidoras técnico-administrativas ou docentes e as demais usuárias das dependências do Campus.

Coleta de dados

Na pesquisa qualitativa, é essencial a interação entre o pesquisador e os sujeitos (MINAYO, 1997). Para este estudo, como estratégia de coleta de dados, foi utilizada a entrevista semi-estruturada que, segundo Polit, Beck e Hungler (2004, p.252),

são usadas quando o pesquisador tem uma lista de tópicos que devem ser cobertos. O entrevistador se utiliza um guia de tópicos escritos para garantir que todas as áreas das questões sejam cobertas. A função do entrevistador é encorajar os participantes a falar livremente sobre todos os tópicos constantes no guia.

Como ponto de partida, foi apresentada uma pergunta sobre a (auto) percepção das mulheres que se autodeclararam em relacionamento estável quanto à sua vulnerabilidade para contrair DST e Aids. O instrumento de coleta de dados foi testado e validado. As entrevistas foram gravadas em aparelho de *mp4* e posteriormente transcritas para análise. As entrevistas foram realizadas em lugares que mantiveram a privacidade das entrevistadas.

Processo de análise dos dados

A análise dos dados foi feita segundo os pressupostos da análise de conteúdo conforme proposto por Bardin (1977). Segundo esta autora, o método pode ser definido como

um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ recepção destas mensagens (BARDIN, 1977, p.42).

Minayo (1997) diz que estudiosos que utilizam as técnicas qualitativas, trabalham com análise de conteúdo colocando em cheque a análise da frequência como critério de objetividade e cientificidade e tentam ultrapassar o alcance apenas descritivo do conteúdo da comunicação ou mensagem para uma interpretação mais profunda.

Para análise, foi feita uma leitura flutuante das entrevistas, que consiste de leitura exaustiva do material, fazendo relação com o objeto e objetivos. Com isso realizou-se a constituição do Corpus, que se refere à organização do material, verificando se o conteúdo atingiu todos os aspectos propostos no roteiro, se continha a representação do universo do estudo, se obedeceu aos critérios de escolha do tema e amostra e se os documentos analisados foram pertinentes aos objetivos da pesquisa.

Além disso, foram definidas as unidades de registro, que são partes do texto, para separação dos conteúdos. Em seguida, as unidades de registro foram marcadas no texto com cores e estilos de fontes diferentes. O mesmo sistema foi utilizado para nomear os temas em associação com as unidades de registro. Estes temas foram quantificados e agrupados para definição e nomeação das categorias.

Em seguida, as categorias foram descritas, sendo algumas delas desmembradas em subcategorias. Por fim foi feito o tratamento dos resultados, sua interpretação e sua discussão.

Aspectos éticos

Em atendimento ao preconizado pela Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, de 10 de outubro de 1996 (BRASIL, 1996d), todos os sujeitos do estudo assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, em que foi garantido sigilo de sua identificação, direito de interromper ou sair da pesquisa e ficarem cientes dos resultados finais. O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética da UERJ e foi aprovado em 12 de março de 2008 (projeto 1969-CEP/HUPE).

No ato da entrevista, foi entregue a cada mulher um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, onde foi pontuado a natureza da pesquisa, os seus objetivos, métodos, potenciais riscos e incômodos que essa poderia acarretar, além de assegurar o direito de desistência, a qualquer momento, e sigilo absoluto sobre a identidade do sujeito entrevistado.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para análise, foi feita uma leitura flutuante das entrevistas e foram destacadas as unidades de registros que surgiram. Com os principais temas foram divididas e colocadas em 3 categorias, baseando na análise de conteúdo de Bardin (1977). A primeira categoria apresenta a descrição/ caracterização do relacionamento estável; a segunda categoria apresenta a temática de vulnerabilidade e risco e a terceira categoria apresenta a percepção de si e do outro no contexto da vulnerabilidade para contrair DST/Aids.

4.1 Perfil dos sujeitos

A análise dos dados referentes ao perfil das entrevistadas evidenciou que a idade das mulheres variou entre 18 e 44 anos, em sua maioria solteiras. Vale destacar que mesmo solteiras, as entrevistadas, se autodeclararam em relacionamento estável. Possuem diferentes níveis de escolaridade, raça e religião. Todas freqüentam o Campus Francisco Negrão de Lima da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Neste grupo incluem-se as estudantes dos diferentes cursos, as servidoras técnico-administrativas ou docentes e as demais usuárias das dependências do Campus.

O quadro 1, a seguir, mostra este perfil contendo dados como idade, ocupação, escolaridade, religião, estado civil, raça e renda.

Entrevista	Idade	ocupação	escolaridade	religião	Estado civil	raça	renda
1	32	professora	Superior completo	evangélica	casada	parda	2000,00
2	25	doutorado	doutorado	católica	solteira	branca	Bolsa – 1800,00
3	24	acadêmica	Superior incompleto	católica	solteira	negra	Bolsa – 500,00
4	44	doméstica	Fundamental incompleto	espírita	casada	negra	400,00
5	22	acadêmica	Superior incompleto	Nenhuma	solteira	parda	Bolsa – 300,00
6	26	enfermeira	Mestrado incompleto	católica	solteira	branca	1700,00
7	27	publicitária	Pós-graduação incompleta	agnóstica	solteira	mista	3000,00
8	27	professora	Pós-graduação incompleta	espírita	casada	branca	3000,00
9	18	estudante	Superior incompleto	espírita	solteira	branca	1100,00
10	32	prepara-se para concursos	Superior completo	católica	solteira	branca	nenhuma
11	36	técnica administrativa	Superior completo	evangélica	casada	negra	2100,00
12	39	professora	Superior completo	evangélica	União estável	negra	3000,00
13	33	técnica administrativa	Ensino médio completo	católica	casada	negra	1000,00
14	28	dentista	Pós-graduação incompleta	espírita	casada	parda	4000,00
15	19	enfermeira	Mestrado incompleto	católica	solteira	branca	3000,00

Quadro 1 – Perfil das entrevistadas - Rio de Janeiro, 2008.

4.2 Categoria 1 - Caracterizando o relacionamento estável

As mulheres entrevistadas, que se autodeclaram em relacionamento estável, conceituam este tipo de relação como um conjunto de sentimentos, ações, comportamentos e tempo de relacionamento. Algumas mulheres caracterizam o relacionamento estável em uma dimensão emocional, relacionando sua situação conjugal com os sentimentos envolvidos, como carinho, amor e amizade. Vale destacar que elas afirmam que há relacionamento estável quando existe uma reciprocidade de afeto. Destacam algumas ações/atitudes como inerentes ao relacionamento estável, como respeito, cumplicidade e companheirismo.

Que não é qualquer um na minha vida, não é o primeiro que eu digo: eu te amo. Não! Não é o primeiro, quer dizer, que eu digo eu te amo. Nunca eu disse pra ninguém. Eu acho que isso é muito sério pra ser falado assim em vão. (entrevista 9)

Que te dá uma cumplicidade, que tem uma troca de respeito, uma troca de carinho, amor pelo próximo. (entrevista 15)

Bom, relacionamento estável para mim é cumplicidade primeiramente, cumplicidade como companheirismo, de amizade. (entrevista 11)

Sim, porque ele é uma ótima pessoa, é amigo, é companheiro... em todos os sentidos. (entrevista 4)

Além destas ações citadas anteriormente, as mulheres entrevistadas caracterizam como estável o relacionamento onde existe confiança. Elas apontam que a confiança como um ponto chave para que existam os outros sentimentos e ações. Algumas dentre as entrevistadas consideraram difícil descrever o relacionamento estável, justamente por relacioná-lo com a confiança.

A gente tem uma relação de confiança, de cumplicidade, de companheirismo. Por isso que eu me acho numa relação estável. (...) Pra mim, é onde, principalmente, há respeito e confiança pelo outro, porque se eu não posso confiar nele e se ele não confia em mim e não me respeita, isso pra mim não é estável. (entrevista 8)

É meio complicado, hoje em dia, se falar de relacionamento estável, mas acredito eu que quando se acredita que tem uma cumplicidade, tem um relacionamento que haja cumplicidade, há essa confiança, que hoje em dia é questionável, né? (entrevista 3)

Que é uma coisa, assim, difícil porque toda hora a gente tem aqueles diabinhos e anjinhos, né? O problema da gente achar que está tudo bem, que está tudo certo, né? Que ele me ama e eu o amo. (entrevista 13)

As mulheres relacionam fidelidade e lealdade como pontos importantes e característicos do relacionamento estável. Vale destacar que estas qualidades não estão somente relacionadas à monogamia, mas também a atitudes de afeição constante e de cumprimento de obrigações. Relacionam estas qualidades aos sentimentos que também estão presentes na relação.

Dentro da dimensão fidelidade, encontramos ainda um pacto de fidelidade como característica importante do relacionamento estável.

É um relacionamento em que há fidelidade, respeito, diálogos, esses são os princípios, para mim, de um relacionamento estável, é, a princípio e primordialmente, fidelidade, mas obviamente, há fidelidade quando há respeito e quando há carinho e amor, porque ninguém respeita se não ama. Então para mim, isso é fidelidade, para mim, isso é um relacionamento estável. (entrevista 2)

Primeiramente eu acho que é a lealdade, né? é simplesmente que eu levo muito em consideração é a lealdade,(...) E muitas das vezes quando você é leal àquela pessoa que está ali com você construindo aquele momento, você vai conseguir voltar lá, naquele problema, e resolver para poder estabilizar a situação. E a lealdade de que forma que eu falo é no comprometimento mesmo, entendeu? (entrevista 13)

porque eu me relaciono afetivamente e sexualmente só com ele e acredito que ele também se relaciona afetivamente e sexualmente só comigo. A gente tem esse pacto de fidelidade. Até mesmo porque, mesmo que eu quisesse trai-lo, eu não tenho tempo para isso e ele também estuda, ele é funcionário público e também estuda, então se ele faz... ele faz muito bem feito, eu acho que ele tem um relacionamento estável comigo. (entrevista 7)

Sim, me considero, porque eu não tenho vários parceiros, tenho um só. Porque eu só tenho uma pessoa que eu amo. (entrevista 10)

Me considero, porque, particularmente, da minha parte eu sou casada, fiel, creio que meu marido também seja da mesma forma, pelo menos até agora não me deu motivo para suspeitar o contrário, quanto a isso, assim, eu tenho confiança. (entrevista 11)

Porque eu e meu namorado, nós fizemos a opção por uma relação fechada, os dois são fies, não têm nenhum tipo de relacionamento fora. (entrevista 5)

As mulheres apontam alguns comportamentos/atitudes do casal como parte integrante do relacionamento estável, como relação boa com o parceiro. Dentro desta idéia, elas falam sobre diálogo, liberdade de expressão, zelo com o outro, compartilhamento e troca de experiências, afinidades em idéias e objetivos.

Me considero estável sim. Porque eu acredito/ tenho, assim, uma relação boa entre eu e meu marido em todos os aspectos e em todos os sentidos, a gente conversa muito. (entrevista 1)

e nós temos muita liberdade um com o outro, então é uma relação em que os dois se sentem à vontade para contar qualquer coisa(...)e quando você tem uma total

liberdade com seu parceiro para poder conversar, para poder compartilhar qualquer coisa que você queira... (entrevista 5)

A liberdade de expressão dos dois e por isso que eu considero que é um relacionamento estável. E também ambos têm uma liberdade de agir e falar com o outro que dá uma estabilidade muito boa. (entrevista 15)

Confiam uma na outra, se respeitam, tá? e fazem coisas juntos, querem namorar, querem compartilhar as coisas, enfim... Tem as mesmas idéias, eu acho que é isso. (entrevista 7)

Tem uma coerência nos pensamentos, você ter um ideal, o mesmo ideal, não o mesmo ideal, que eu digo, de áreas afins não, o mesmo ideal de vida, de crescer na vida, de construir coisas juntos com alguém. (entrevista 15)

A gente ter pleno domínio e plena consonância nos objetivos de casal e também individual, um ajudando o outro, isso que eu acho estável, um relacionamento estável. (entrevista 11)

Sim, sim, eu me dou muito bem com ele, nosso relacionamento assim, é maravilhoso.(...) Maravilhoso assim, a gente se dá muito bem, muito bem mesmo. (entrevista 12)

Então a gente lá em casa não tem discussões, a gente tem conversas, um que um não fez, o que um vez que não agradou o outro a gente senta e conversa, entendeu? (entrevista 12)

As mulheres se consideram em um relacionamento estável em função das características ou comportamentos que reconhecem em seus parceiros, advindos do fato de conhecê-los, como, por exemplo, estar sempre presente e o fato do parceiro ser uma boa pessoa.

Me considero, me considero porque é uma pessoa que eu confio, que não é qualquer um na minha vida, (...)se ver o máximo possível, estar junto o suficiente pra conhecer a pessoa. (entrevista 9)

Sim, eu posso responder que ele é uma boa pessoa? porque ele é uma ótima pessoa, é amigo, é companheiro... em todos os sentidos. (entrevista 4)

Eu acho assim, quando a pessoa está sempre presente, que é no meu caso, ele esta sempre presente, eu estou sempre presente, é a gente se entende muito, entendeu? (entrevista 12)

As entrevistadas consideram estável aquele relacionamento que transmite segurança, estabilidade e equilíbrio. Estas características promovem uma sensação de garantia de estabilidade.

Um relacionamento estável você primeiro de tudo precisa confiar na pessoa e ter uma relação forte com ela. (entrevista 9)

Mas às vezes acontece e aquilo sai fora um pouco do nível, mas, com certeza, tem o equilíbrio de voltar ao normal. (entrevista 13)

Que dá uma estabilidade muito boa, dá uma segurança, eu vejo o estável como segurança.(...) É isso que eu falei, eu acho que é um relacionamento que te dá segurança. (entrevista 15)

Algumas mulheres acreditam que relacionamento estável existe quando há compromisso por ambas as partes e que a partir disso pode-se contar com o parceiro. Dentro desta perspectiva podemos incluir o desejo de constituir família, o fato de viverem na mesma casa e os planos de continuarem juntos. Algumas mulheres entrevistadas apontam a presença de filhos no relacionamento como característica de relacionamento estável.

É isso que eu falei, acho que existe um compromisso, existe uma cumplicidade, uma troca, eu acho que a palavra principal é o compromisso mesmo, você pode contar com essa pessoa também, você sabe que ela está pensando em você também, se considera uma pessoa que vai estar no seu lado não só naquele momento, mas tem planos para continuar do seu lado.(entrevista 6)

Moramos na mesma casa (...)então eu, realmente, a gente desde o início, eu peço sempre assim, se uma pessoa está com outra, por opção e não por obrigação, então se a gente está junto é porque os dois querem. (entrevista 8)

Porque eu só tenho uma pessoa que eu amo e que eu quero para a vida toda. (entrevista 10)

É naquele comprometimento que você tem com o outro. Porque quando você tem um comprometimento com a outra parte, de você não achar que é só eu, que eu que vou resolver, que sou eu, que sou eu, que sou eu, porque o objetivo do casamento é isso, né? É você compartilhar. (entrevista 13)

Porque assim, hoje em dia, a gente vive junto, eu não saio com outros homens, não penso em ter outros homens, não penso em me separar neste momento, acho que ele também não. A gente vive junto, tem uma filha em comum. (entrevista 14)

Eu acho que é um relacionamento onde as pessoas têm o compromisso de ficar juntas, porque você pode está junto com outra pessoa, mas talvez a outra pessoa não tem o compromisso de ta junto com você (...)E eu acho que não, eu acho que a pessoa tem o compromisso de ta junto, de ter uma família ou pelo menos tem a intenção pra que isso aconteça algum dia, acho que isso pode ser considerado um relacionamento estável. (entrevista 14)

De construir coisas juntos com alguém, com outra pessoa e assim, no meu relacionamento, especificamente, eu já venho com uma criança que é dele, que ele já tem um filho de sete anos, então, a gente já, desde o início a gente já vem construindo este relacionamento incluindo esta essa criança, esse filho dele, então, isso tudo a gente já vem pensando e eu acho que isso é um relacionamento estável. (entrevista 15)

A maioria das entrevistadas aponta o tempo de relacionamento como característica importante no relacionamento estável. Alegam que quanto maior o tempo juntos, maior a estabilidade no relacionamento.

Eu me considero em um relacionamento estável, eu namoro há 2 anos e meio. (entrevista 2)

Sim, me considero sim, tenho dois anos de namoro e acredito estar em um relacionamento estável. (entrevista 3)

Me considero, já namoro tem quase 3 anos e meio, tem e anos e 4 meses...(...) Um relacionamento estável eu acho que tem que ter um certo tempo, no meu caso acho que 3 anos e meio já é um bom tempo. (entrevista 5)

De longa duração, é um relacionamento de longa duração com uma pessoa só. (entrevista 10)

Sim, bastante, porque sou feliz no meu casamento, eu já sou casada há 12 anos. (entrevista 13)

Sim, me considero, estou namorando há 2 anos, a gente já está montando as coisas para casar no final do ano ou no início do ano que vem. (entrevista 15)

O sistema legal da nossa sociedade, voltado para a família e sua formação, existe, ainda de forma imperativa, focando os interesses da sociedade e do Estado. Essas normas existem para perpetuar a instituição da família, protegendo a sociedade contra as condutas consideradas inadequadas, porém privilegiando o interesse social e não dos indivíduos (RODRIGUES, 2008). Segundo a mesma autora, atualmente, nossa sociedade tem algumas peculiaridades, com novas concepções do social, do familiar e dos relacionamentos amorosos, privilegiando o indivíduo. Tais concepções incluem componentes, que não se distanciam das relações interpessoais, como o amor, a sinceridade, a compreensão, o diálogo e a paridade.

Na presente pesquisa, observamos esse universo mais complexo das relações heterossexuais que não estão presentes nos dogmas jurídicos. Vale destacar que as entrevistadas se autodeclararam em relacionamento estável, mesmo sem o matrimônio e/ou união consensual.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003), existem muitos conceitos para o termo “parceria fixa e/ou estável”, baseados nos referenciais sociais e culturais. Para OMS/UNAIDS (1999), este termo refere-se ao relacionamento de

duas pessoas por matrimônio ou que coabitam e/ou mantém relações sexuais por pelo menos um período de um ano.

Sabe-se que essas diferentes formas de união ou convívio refletem uma hierarquização da relação afetivo-sexual, advinda da construção dos papéis de gênero. Segundo Scott (1990), gênero é a forma de apontar as construções sociais, na idéia de diferentes papéis para homens e mulheres. É uma maneira de se apontar para as origens exclusivamente sociais das identidades subjetivas dos homens e mulheres.

Dentro de um relacionamento dito estável, um aspecto importante a ser considerado é a assimetria das expectativas afetivas. Segundo Figueiredo e Saldanha (2003), as mulheres ainda são fixadas no aspecto romântico, sentimentalizado, socialmente subalterno e sem característica produtiva, enquanto os homens são valorizados pelo poder e linguagem política, embasando as diferenças de gênero. Isto gera uma desvantagem da mulher, mesmo que construída socialmente, pois este grande poder do homem na nossa cultura patriarcal tem grande influência nos comportamentos de risco frente ao HIV. Giacomozzi (2004) complementa afirmando que as questões de gênero junto às questões culturais e econômicas têm grande peso no comportamento sexual da mulher. Vale destacar que a relação conjugal heterossexual é composta pelo homem e pela mulher em uma relação de gênero que os diferencia. Assim, nem sempre os dois membros do relacionamento têm as mesmas concepções a respeito da confiança, fidelidade, amor e outros aspectos. A partir daí, surgem os conflitos no casal.

Na presente pesquisa, as mulheres entrevistadas caracterizam o relacionamento estável como aquele que possui sentimentos envolvidos, com o carinho e amor. O mesmo aparece nos estudos de Giacomozzi (2004), em que no relacionamento amoroso e sexual, para as mulheres, o amor e o carinho são características inerentes, mesmo que sejam vivenciados dentro de uma sociedade machista e patriarcal. Podem-se visualizar as representações de gênero nas falas das entrevistadas, em que seus valores culturais sobre amor, confiança e fidelidade são elementos fundamentais para a felicidade no relacionamento amoroso. De acordo com Costa (1998), o “mito do amor romântico” provoca essa visão romântica e eternizada do amor, que pode fazer com que o casal acredite na “imunidade” contra HIV/Aids e deixe de utilizar preservativos. Ou seja, o amor que é um sentimento afetivo que compõe a identidade/natureza da mulher e que é inerente

aos relacionamentos amorosos. Ofusca a realidade, deixando as mulheres vulneráveis. Nas entrevistas deste estudo, apareceu esta visão romântica em relação às características do relacionamento estável, como por exemplo, quando falaram: “o fato de eu achar que a gente tem um relacionamento baseado em muita confiança, em respeito, e amor, isso é o que me faz acreditar que eu não vá contrair uma outra DST” (entrevista 2).

Para as entrevistadas, o relacionamento estável tem como outras características o respeito, a cumplicidade e o companheirismo. Segundo Barbosa (1999), a obtenção do prazer para as mulheres se caracteriza como sendo uma extensão de um relacionamento, onde se verifica cumplicidade e entrega, um modelo de relacionamento que é baseado no companheirismo. Estes acontecem devido à presença do amor e dos laços de confiança.

Segundo Costa (1998) e Guilhem (2005), nos estudos sobre prevenção do HIV/Aids entre casais heterossexuais, em relacionamento estável, podem existir obstáculos quando os indivíduos estão vinculados a crenças e valores morais inerentes ao casamento. Estes valores, na nossa sociedade ocidental, representariam atributos como amor, fidelidade, confiança e cumplicidade. Há uma conjectura de que, ao assumir esses valores na vida cotidiana, o casal estaria protegido do risco de se infectar, ou melhor, sugere uma falsa sensação de proteção.

Um fator muito importante é que as mulheres, no presente estudo, afirmam que um relacionamento estável é baseado na confiança. De acordo com Finkler (2003), a confiança foi um aspecto fundamental para a construção e manutenção do que é “ser casal” para suas informantes. Já Saldanha (2003) acredita que as mulheres em relacionamento estável podem se tornar vítimas de doença sexualmente transmissível por acreditarem que existe amor, respeito e confiança. Segundo Costa (1998), a confiança no parceiro constitui o método de prevenção para as mulheres que vivem um relacionamento estável.

Complementando a idéia de confiança, as entrevistadas, da presente pesquisa, relacionam a fidelidade como sendo um ponto importante no relacionamento estável. Concorro com Guimarães (1996), quando diz que a fidelidade é idealizada para as relações amorosas e é um definidor das mesmas. Giacomozzi (2004) aponta para a preocupação das mulheres em assegurar a fidelidade dentro do casamento. Isto se manifesta por “pactos de fidelidade”, que são

realizados e recuperados a cada diálogo do casal. Esta situação também se apresenta na atual pesquisa.

O diálogo e a liberdade de expressão com o parceiro aparecem, nas entrevistas, como características importantes que devem estar presentes em um relacionamento estável. Segundo Otto e Oltramari (2006) e Giacomozzi (2004) o diálogo apareceu como parte integrante de um relacionamento estável. Esta última ainda apresenta depoimentos de suas entrevistadas, dizendo que os casais se desentendem atualmente por falta de diálogo. Vale destacar que, no que se refere à transmissão das DST/Aids e à vulnerabilidade feminina, os problemas também se concentram na falta de diálogo ou na liberdade de expressão no relacionamento para negociação de sexo seguro por parte das mulheres.

Em pesquisa sobre a medida de satisfação em relacionamento de casal, de Wachelke et al. (2004), foram ouvidos participantes sobre o que é considerado importante para um relacionamento e os informantes colocaram que é satisfatório quando existe afinidade de idéias e comportamentos entre o homem e a mulher. Esta idéia também apareceu na presente pesquisa.

As mulheres também falam que conhecer o parceiro é uma das características do relacionamento estável. Em pesquisas de Guimarães (1994) as entrevistadas colocam o “conhecer” como organizador do seu relacionamento, dentro do seu mundo afetivo e amoroso. A categoria “conhecer” estrutura as relações sociais e sexuais, garantindo segurança, aproximação e aumento da intimidade. E nas entrevistas dos estudos de Silva (2002), sobre o significado da fidelidade para homens casados, surgiu a importância de valorizar a pessoa que está sempre ao lado buscando o mesmo ideal.

Outra característica apontada pelas entrevistadas foi a segurança, que gera a estabilidade que elas sentem no seu relacionamento. Percebe-se, em razão das entrevistas, que o mito de segurança ainda é um difícil questionamento hoje em dia. De acordo com Carmago e Giacomozzi (2004), as mulheres consideram sua casa como lugar seguro e de proteção contra Aids, pois têm sentimento de segurança no casamento. De acordo com Amaro (2005), dentro do universo feminino, existe o desejo de reunir a segurança ao equilíbrio afetivo, relacionado à qualidade do relacionamento conjugal, onde está inserida a relação sexual. Dentro deste contexto, a mulher corre riscos e é dever do profissional de saúde ter o olhar para estas questões.

Algumas entrevistadas acreditam que o compromisso é uma característica importante dentro do relacionamento estável. O mesmo apareceu nos resultados da pesquisa de Oto e Oltramari (2006), em que se analisou um relacionamento entre duas pessoas, sendo pré-requisito a existência de pelo menos um nível mínimo de compromisso, de responsabilidade e um elo entre o casal. Nessa perspectiva, as mulheres da presente pesquisa incluíram o desejo de constituir família e o fato de viverem na mesma casa como parte integrante deste compromisso. Segundo os estudos de Oto e Oltramari (2006), uma questão identificada foi a relação da idéia de coabitação entre duas pessoas com o relacionamento conjugal estável. A idéia de família também foi vinculada ao relacionamento conjugal, destacando que, mesmo na sociedade moderna, com todas as mudanças nas construções do que é a família atualmente, os vinculares familiares ainda têm importância na sociedade e na divisão de papéis de gênero.

As entrevistadas expressam que se sentem em um relacionamento estável devido ao tempo de relacionamento. Na visão dessas mulheres, o tempo de convivência de relacionamento proporciona uma segurança em relação ao parceiro e ficam vulneráveis, pois, quanto mais conhece, mais se afasta a sensação de que é possível contrair uma doença sexualmente transmissível. De acordo com Oto e Oltramari (2006), o tempo de relacionamento é um componente importante, pois o afastamento do risco aumenta conforme o tempo de relacionamento. O casal não se sente vulnerável quando mantém um relacionamento de longo tempo. Giacomozzi (2004) complementa que a camisinha, em geral, não é utilizada nas relações que já existem há um certo tempo, já que há uma associação entre compromisso, confiança e conhecimento do parceiro.

As mulheres, na presente pesquisa, apresentam suas percepções sobre sua situação conjugal que refletem, claramente, sua construção sobre os papéis de gênero e de hierarquização da relação afetivo-sexual. Ao caracterizar o relacionamento estável, são apresentadas características, construídas culturalmente, da representação do que é um casal em uma sociedade monogâmica. Isto pode colaborar para que não haja comportamentos preventivos adequados contra DST/Aids, aumentando sua vulnerabilidade.

Diante dos dados de contaminação da Aids na população feminina e da complexidade do relacionamento estável, precisa-se urgentemente de uma abordagem sobre o segmento heterossexual. Segundo Arruda e Cavasin (1999),

este é o momento para repensar as práticas educativas dos profissionais de saúde, com objetivo de desconstruir e reconstruir o conceito de relacionamento amoroso, na tentativa de deixá-lo mais realista, de forma a permitir escolhas mais conscientes. As autoras complementam que se deve estar atento à sociedade em que vivemos e às atitudes dos indivíduos em relação à sexualidade e às relações de gênero para investimento de políticas de prevenção.

Pode-se resumir que esta categoria apresentou e discutiu o relacionamento estável sob o olhar das mulheres que assim se autodeclaram. As entrevistadas caracterizam este relacionamento como um conjunto de sentimentos, ações, comportamentos e tempo de convivência com o parceiro de uma maneira romântica e idealizada que as deixam vulneráveis a contrair DST e Aids.

4.3 Categoria 2 – Vulnerabilidade e risco

Esta categoria, sobre vulnerabilidade e risco, é composta por duas subcategorias, em que apresentam uma contextualização da vulnerabilidade feminina e a relação existente entre vulnerabilidade e relacionamento estável.

4.3.1 Subcategoria 1: Contextualizando a vulnerabilidade feminina

As mulheres, durante as entrevistas, ainda têm uma visão de que somente alguns grupos são vulneráveis à contração de DST/Aids ou que estes têm uma maior vulnerabilidade. Isto pode levar a um distanciamento em relação às doenças, aumentando a vulnerabilidade dos que ignoram a sua real condição.

Um fator importante que surgiu nas entrevistas foi o conhecimento de que está crescendo o número de mulheres casadas no perfil da Aids. Vale lembrar que as mulheres se consideram em relacionamentos estáveis e algumas são casadas. Porém, apesar destas informações, elas não adotam práticas preventivas, aumentando sua vulnerabilidade para contrair DST/Aids.

Eu acredito que o grupo mais atingido seja de pessoas casadas, de mulheres casadas, mas não sei direito. (entrevista 2)

Casadas, aquelas senhoras que são casadas há muito tempo. (entrevista 6)

E que está crescendo bastante e entre mulheres casadas também cresceu bastante, não sei entre as solteiras. (entrevista 7)

Não, a última notícia que eu tive, assim, que eu li pela internet, foi que o maior índice estava em relação aos casados, né? Por acharem que não teria esse risco, as mulheres estavam mais suscetíveis a isso, algumas nem sabiam, não sabiam nem que tinham a doença nem nada e depois se depararam porque contraíram do marido, eu vi na internet. (entrevista 11)

Nesta subcategoria está presente a idéia de que as mulheres consideram os jovens como os mais vulneráveis, retirando de si a condição de possível risco, além de demonstrarem não considerar todas as pessoas vulneráveis a DST/HIV.

E mais em jovens, esses índices estão bem elevados, tenho consciência que hoje em dia está cada vez mais... assim, a incidência está alta e não está escrito na cara de ninguém que tem e que não tem. (entrevista 3)

Acho que o grupo mais atingido deve ser adolescente, né? de idade de 15 a 25 anos, não sei. (entrevista 9)

Algumas mulheres têm a idéia de que homossexuais são os principais alvos de infecção, com o pensamento de que elas não se enquadram neste perfil. Muitas não acreditam que seus parceiros tenham envolvimento desse tipo. Assim percebem-se distantes da possibilidade real de infecção pelo HIV, uma vez que só certos grupos estão vulneráveis. Por isso o HIV/Aids, para essas mulheres, é uma possibilidade remota em suas vidas.

O grupo mais atingido? Acho que os homossexuais, é os homossexuais. (entrevista 4)

Eu imagino que, não sei, os homossexuais? Sem querer parecer preconceituosa, mas... não sei, talvez. (entrevista 5)

Aqui no Brasil? Eu li semana passada que aqui no Brasil cresceu entre homossexuais. (entrevista 7)

Mas se isso está controlado ou não, homossexualismo, através de drogas ilícitas... não, não sei. (entrevista 13)

Voltou agora, pouco tempo atrás, um ano, dois anos atrás que está crescendo novamente na população homossexual, que era uma coisa que já dita controlada, agora não mais, já estão se discutindo isso de novo. (entrevista 15)

As entrevistadas informaram saber que pessoas que estão na terceira idade constituem um grupo vulnerável. Este grupo está aumentando no quadro epidemiológico da Aids, por conta da viuvez, pelos estímulos para uma vida sexual ativa e busca de uma melhor qualidade de vida. Este conhecimento é importante, pois o grupo da terceira idade não tinha preocupação com a Aids e com comportamentos preventivos. Assim, pode fazer com que as mulheres, que não se sentem no risco, possam refletir em suas condições e passarem a se considerarem pessoas vulneráveis a DST/HIV.

Sei que o número de casos entre mulheres está aumentando, de mulheres até mais velhas. (entrevista 6)

Não, a última vez que eu vi, que eu soube, que, infelizmente, a terceira idade também está entrando neste quadro, neste número, até por conta da viuvez ou por conta mesmo de achar que uma mulher mais nova vai atingir a necessidade, a terceira idade está adquirindo por conta de outros estímulos e, infelizmente, acaba contraindo a doença. (entrevista 13)

A preocupação com a população idosa, porque hoje em dia, a gente está vendo que os idosos estão vivendo mais ativamente, uma saúde melhor, tem uma melhor qualidade de vida e assim, eles continuam com sua vida sexual ativa e muitos, solteiras, viúvas ou divorciadas, tanto homens quanto mulheres e aí a exposição é maior, na época deles não tinham essa preocupação, e então, eles, agora, na atualidade, conceber isso, para eles fica muito mais difícil. (entrevista 15)

A feminização da Aids é um dado importante para elaboração de medidas de controle da Aids. De acordo com Ministério da Saúde (BRASIL, 2003), analisando-se o perfil atual da Aids no Brasil e as condições de vulnerabilidade social das mulheres frente à epidemia, algumas estratégias devem ser incorporadas às políticas públicas. Vale ressaltar que uma grande parte das mulheres continua não se percebendo vulnerável à Aids ou tem consciência do risco e não se protege. Silva (2006), em seu estudo, também verificou que algumas mulheres tinham consciência do risco, mas não adotavam medidas preventivas.

Na presente pesquisa, as mulheres informaram que sabem do aumento do número de casos entre mulheres casadas ou em relacionamentos heterossexuais estáveis. Porém, apesar deste conhecimento, elas não se sentem parte integrante desse grupo, logo, não se previnem. Essa situação nos permite afirmar que, em alguns casos, ter as informações sobre os dados epidemiológicos pode ser insuficiente para adoção de comportamentos protetores.

Outro grupo que apareceu nas entrevistas como vulnerável foi o de jovens. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, 50% dos casos novos de infecção pelo HIV ocorrem nas faixas etárias próximas à adolescência. No Brasil, 70% dos casos se dão em adolescentes ou no início da idade adulta. (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2001). De acordo com as pesquisas realizadas por Jeolás (2006), demonstra-se que os jovens avaliam como sendo alto o risco representado pela Aids para pessoas de sua faixa etária. O mesmo ocorreu neste estudo, em que as entrevistadas apontaram os jovens como um dos grupos mais vulneráveis.

Vale lembrar que a adolescência é uma fase de transição entre a puberdade e a maturidade. Segundo Vieira et. al. (2001), nesse período, alguns comportamentos são formas de afirmação para a idade adulta. Trata-se de uma época de novas experiências e descobertas que podem, muitas vezes, causar riscos irreversíveis, como a gravidez indesejada e contrair uma DST ou mesmo o vírus HIV. Um cuidado importante que se deve ter é que quando as mulheres alegam que os jovens são vulneráveis, elas podem estar se excluindo do risco e demonstram não considerar todas as pessoas vulneráveis às DST/Aids.

As entrevistadas da atual pesquisa colocam que os homossexuais são um grupo vulnerável, trazendo a antiga idéia da existência de grupos de risco. A questão é que, com esse pensamento, não se tem a preocupação com as DST, pois não se enquadram neste perfil. Na pesquisa de Nascimento, Barbosa e Medrado (2005), com mulheres em situação de pobreza, com relação conjugal estável, no Recife, elas têm a idéia de que homossexuais, principalmente os travestis e afeminados, são os principais alvos de infecção. Elas não acreditam que seus maridos tenham envolvimento desse tipo, afastando ainda mais a possibilidade real de infecção pelo HIV, a partir da idéia de que só certos grupos estão vulneráveis, como prostitutas e homossexuais. Sendo o HIV/Aids, para essas mulheres, uma possibilidade distante de suas vidas.

Para as entrevistadas, está aumentando o número de casos de Aids na terceira idade. Este é um dado atual e que está sendo divulgado. De acordo com Saldanha e Araújo (2006), a Aids na terceira idade se mostra como um fenômeno social de grandes proporções, que está impactando os princípios morais, religiosos e éticos, o processo de saúde e o comportamento privado, tal como a sexualidade e a moralidade no relacionamento conjugal. Nesse contexto, é importante salientar que não se esperava a contaminação em grupos onde a confiança e respeito, valores

morais da convivência, constituem a base. O lado positivo desta situação é que faz com que a população em geral, em especial as mulheres que não se percebem no risco, possa refletir sobre a dimensão da Aids e adotem medidas preventivas.

4.3.2 Subcategoria 2 - Relacionando vulnerabilidade com relacionamento estável

Nesta temática, as entrevistadas discutem a vulnerabilidade em relação a estar ou não em um relacionamento estável. Algumas mulheres acreditam que as mulheres com relacionamento estável são mais vulneráveis e outras acreditam que as mais vulneráveis são as que não estão em um relacionamento estável.

Ao se referirem às mulheres em relacionamento estável como as mais vulneráveis, as entrevistadas afirmam que este grupo, em sua maioria, não usa preservativos por confiarem em seus parceiros. Acreditam que a mulher que não está em relacionamento estável presta mais atenção às medidas de prevenção. Vale destacar que algumas mulheres, neste momento, percebem que agem de forma contraditória, pois confiam em seus parceiros e não usam preservativos. Porém, ao refletirem sobre a temática durante o desenrolar da entrevista, conseguem perceber que estão vulneráveis para contrair DST/ Aids. Outro fator importante é que, apesar dos percalços, elas não relatam qualquer intenção de mudança de comportamento.

Eu acho que quem está mais vulnerável, pensando bem e bem sinceramente, é quem está no relacionamento estável, deixa eu explicar, porque eu acho que quem não está no relacionamento estável, assim como eu, não transam sem camisinha, (...)mas amadurecendo melhor a idéia, é isso que eu penso... acho que quem está num relacionamento estável, as mulheres que estão em um relacionamento estável são as mulheres que não usam camisinha, estejam casadas ou estejam solteiras, mas namorando há longo tempo, de modo que julgue que estejam em um relacionamento estável. Quem não está nessa situação, quem tem relação sexual esporádicas com homens que não estejam, que não sejam considerados namorados, maridos, noivos e etc, vai usar camisinha. (entrevista 2)

Estão, porque eu acho que quando a mulher está no relacionamento estável, acaba que a mulher passa a não usar mesmo que use no início, depois de um tempo ela passa a deixar de mão, ela passa a não usar e aí. (entrevista 3)

Acho, até por mim mesmo, por exemplo, a gente acaba confiando mais e a gente acaba abrindo mão de, de repente, se cuidar, de cobrar certas coisas, que uma mulher que não esteja em um relacionamento estável acaba prestando mais atenção, e confia no outro, então, até que ponto vai essa confiança é que a gente não sabe e acaba correndo risco. Eu acho que as mulheres com relacionamento estável são mais vulneráveis, eu acho. (entrevista 8)

Eu acho que justamente por achar que as mulheres solteiras, teoricamente solteiras quando encontram alguém na noite, provavelmente se preservam mais do que as que têm o relacionamento estável. (entrevista 10)

mas eu acho que, talvez, as mulheres que não têm um relacionamento estável, elas tomem mais cuidado, porque estão saindo com vários caras, tipo, uma mulher que não está namorando com ninguém, conhece um cara hoje, transa, então, talvez ela se cuide mais que a mulher casada, porque acaba que você está com seu marido e você mesmo pensa: vou usar para que? Se eu estou casada e eu só dou para ele mesmo? Porque que eu vou usar camisinha? Então, talvez, a mulher casada esteja mais vulnerável, não sei se isso é verdade, é uma opinião minha, que talvez esteja mais vulnerável do que a solteira. (entrevista 14)

Outras mulheres, quando falando na terceira pessoa, acreditam que aquelas que não estão em relacionamento estável são as mais vulneráveis, pois têm muitos parceiros, não conhecem estes parceiros e, muitas, não têm consciência do que estão fazendo. Este pensamento as deixa com uma sensação de falsa proteção porque excluem--se do risco uma vez que estão em um relacionamento estável.

Não, pelo contrário, as mulheres com relacionamento estável, elas têm menos chance de ter algum tipo deste problema justamente por conhecer o parceiro, confiar no parceiro, não acho não, não acho não, não é pelo tempo nem por nada, porque tem muita menina que não tem relacionamento estável que fica com um a cada noite e eu acho que é muito mais vulnerável e justamente por isso, fica um a cada noite, que geralmente não o conhece, não tem muita consciência do que está fazendo, faz por fazer, sem nenhum sentimento, sem nenhuma garantia que vai reencontrar o parceiro e eu acho que as meninas, as pessoas com relacionamento estável têm menos chance por conhecer. (entrevista 9)

Mas você também não está na cabeça, né? Do parceiro dela, aí fica muito difícil a gente afirmar se corre o risco ou não, (...) então é muito difícil afirmar. Acho que a que não tem relacionamento estável, a que não tem o relacionamento estável é mais vulnerável. (entrevista 12)

Pela minha explicação de relacionamento estável, eu poderia até dizer que elas não teriam tanta vulnerabilidade, porque só tem um parceiro, (...) Mas depende do que as pessoas consideram relacionamento estável, pode não ser a mesma concepção minha, mas eu acho assim, uma vez que você tem uma diminuição de parceiros, um único parceiro, eu acho que a susceptibilidade diminui, porque você diminui a oferta, diminui a exposição, então tem chance de reduzir, mas nada impede que não vá desenvolver. (entrevista15)

O casamento é uma instituição tradicional de troca de amor, confiança e fidelidade e nossa sociedade é construída baseando-se nesses critérios. O uso do preservativo durante o casamento quebra esta concepção já que muitas vezes traz uma noção de quebra da confiança, fazendo com que muitos casais não adotem essa prática. Esta situação, com o passar do tempo, foi deixando as mulheres

casadas expostas ao risco de contrair DST/HIV e aumentando o número de casos de Aids entre elas.

No início, o preservativo era usado como anticoncepcional e isso fez com que as pessoas diminuíssem seu uso após o surgimento dos contraceptivos hormonais orais. Além disso, o uso do preservativo pode ser classificado como um comportamento para o homem, logo ele decide se usa ou não. Para a mulher o uso deste pode ser considerado uma meta que depende de outras pessoas. (FAZEKAS; SENN; LEDGERWOOD, 2001). Segundo Silva (2006) e Guimarães (1994), as mulheres usam preservativos apenas no início do relacionamento, deixando de usar após o conhecimento do parceiro e início do uso de anticoncepcionais.

Na pesquisa de Giacomozzi (2004), a grande maioria das mulheres, com relacionamento estável, fala apenas em prevenir a gravidez e só comentam sobre prevenção de DST/HIV quando são questionadas a este respeito. Entre essas mulheres, a pílula anticoncepcional é o método mais utilizado para a prevenção da gravidez. Muitas vezes, ele é mantido por longos períodos ininterruptos das suas vidas, quando bem adaptadas. Em muitos casos, a camisinha nunca foi utilizada. O mesmo apareceu na pesquisa de Nascimento et al. (2005).

Contraditoriamente, o aparecimento de novas tecnologias contraceptivas de uso exclusivo das mulheres, como, por exemplo, a pílula e o DIU, contribuíram para um afastamento dos homens do processo contraceptivo, já que em métodos como a camisinha, tabela e coito interrompido sua participação é necessária (BARBOSA, 1999; GUIMARÃES, 1994). Nesse sentido, pode-se pensar que esta “libertação feminina” trouxe consigo um afastamento das responsabilidades do homem em relação às medidas preventivas, dificultando a negociação de sexo seguro. Deve-se pensar em estratégias para este grupo de mulheres, para que não evitem somente a gravidez indesejada, mas também uma doença sexualmente transmissível.

Segundo Guimarães (1994), ao se falar de preservativos, certas características culturais devem ser assinaladas. Seu uso traz a idéia de comportamentos sexuais desviantes do modelo monogâmico, onde primam a fidelidade e a confiança. Quando se pede o uso do preservativo, normalmente é interpretado como desconfiança do parceiro ou infidelidade por parte da mulher. E, muitas vezes, isso pode levar a um risco social e pessoal que as mulheres não estão dispostas a correr, já que poderia acarretar discriminação, perda do parceiro e do *status* social. Propagandas que pregam a adoção de práticas mais seguras têm

pouco êxito em grupos de mulheres em relacionamento fixo, por várias razões: a idéia de uma exigência no campo sexual é bastante contraditória com as representações de amor e da própria sexualidade que muitas mulheres e homens têm como balizamento para seus encontros sexuais; não é hábito, entre muitos casais, a discussão aberta sobre sexo e modos de proteção sexual, já que a concepção é vivida como uma responsabilidade das mulheres e as DST não costumam ser tema para os casais ou por parte dos serviços de saúde (VILLELA, 1999).

Algumas entrevistadas da presente pesquisa afirmam que as mulheres que não possuem um relacionamento estável são mais vulneráveis por terem relações com muitos parceiros, sem conhecê-los e sem ter consciência do que estão fazendo. Em uma pesquisa sobre comportamento sexual da população brasileira e sobre percepções do HIV/Aids (BRASIL, 2006), foi estudado o conhecimento sobre transmissão e o grau de risco para HIV/Aids. Estes dados apontaram que os entrevistados relacionavam o alto risco com as pessoas que se envolvem com muitos parceiros.

Esta visão nos mostra que existe a situação de risco para as pessoas que têm múltiplos parceiros, porém pode excluir a idéia de que todas as pessoas, inclusive as que estão em relacionamento estável, do risco de contrair DST/Aids. Vale destacar que, segundo estudos de Silva (2006), as mulheres que não possuem um relacionamento estável são aquelas que prestam mais atenção às medidas preventivas, justamente por não conhecerem o parceiro. Mais uma vez é apresentada a idéia de “grupos de risco”, excluindo as mulheres que não têm comportamentos não-desviantes (ALVES et al., 2002)

Nos estudos de Nascimento et al. (2005), mulheres casadas entendem que essas doenças são próprias de “mulheres da vida”, ou aquelas que têm relações sexuais com vários parceiros, sendo difícil que as atinja mesmo na desconfiança de seu marido ter relações com essas mulheres.

De acordo com os resultados da pesquisa de Giacomozzi (2004), as mulheres entrevistadas relacionam o maior risco de contaminação aos “outros”, que são as pessoas que não estariam em uma relação conjugal ou que teriam os tais comportamentos de risco. Ressaltando a necessidade que os “outros” têm de mudanças para comportamentos mais seguros, tendo, portanto, uma baixa percepção de vulnerabilidade.

Esta categoria foi desmembrada em duas subcategorias. Na primeira subcategoria as entrevistadas apresentam uma contextualização da vulnerabilidade para contrair DST/Aids, em que elas explicitam a idéia de comportamentos e grupos de risco, alegando que as mulheres casadas, os jovens, os homossexuais e os idosos são os grupos mais vulneráveis.

Nessa segunda categoria, as entrevistadas discutem a relação entre vulnerabilidade e relacionamento estável. Algumas percebem as mulheres, em relacionamento estável, como as mais vulneráveis apontando que este grupo não utiliza preservativos pelas características inerentes deste tipo de união. Outras, no entanto, percebem as mulheres, sem relacionamento estável, como as mais vulneráveis apontando que elas têm múltiplos parceiros sem consciência do risco que correm. Este tipo de pensamento provoca um distanciamento do risco, pois exclui as mulheres que tem um comportamento considerado “normal” em nossa sociedade.

4.4 Categoria 3 – Percepção de si e do outro no contexto de vulnerabilidade

Esta temática está relacionada à percepção do risco das mulheres entrevistadas, em que algumas mulheres têm consciência do risco, mas nem sempre utilizam práticas preventivas e outras que não se percebem no risco, porém conseguem perceber os fatores de vulnerabilidade nas outras mulheres.

Vale ressaltar que existe um sentimento de dúvida, de algumas mulheres entrevistadas, em relação a sua percepção de risco, como se elas percebessem o risco, porém não desejassem acreditar nele.

As entrevistadas consideraram as mulheres no geral vulneráveis, porém muitas destas não se consideravam em risco, ou seja, se excluía da condição de mulher e falavam do outro como em potencial para contrair DST/HIV. Pode-se concluir que têm uma baixa percepção de auto-vulnerabilidade.

4.4.1 Subcategoria 1 – Percepção de si

- Percebendo-se no risco no contexto da vulnerabilidade

Das mulheres entrevistadas, um número significativo relata ter consciência de que existe o risco para contrair DST/Aids, porém isto não significa necessariamente que estas utilizam métodos de prevenção. Nesse contexto, deve-se intensificar o processo educativo em saúde, pois, ter consciência do risco, em alguns casos, pode ser insuficiente para comportamentos protetores.

Eu acho que se depender do meu parceiro, meu marido... sim, porque ele não costuma usar preservativo. (entrevista 4)

É, eu acho assim, como eu te falei, eu e meu parceiro, nós temos um relacionamento estável e uma relação boa de confiança e nós fazemos sexo regularmente e eu acho que risco, no fundo, todo mundo corre. (entrevista 5)

Considero sim, porque além de... primeiro porque eu trabalho na área da saúde e eu acho que o ambiente hospitalar a gente sempre corre esse risco e hoje em dia não tem mais um perfil de quem esteja mais exposto e menos exposto, apesar de acreditar no meu parceiro e tudo mais, já está muito difundido, as pessoas têm o vírus e não sabem às vezes, isso é um fator de risco, pode acontecer com qualquer um. (entrevista 6)

Sim, porque eu não uso camisinha. (...) Sempre pensei assim, se eu estivesse usando camisinha... eu não teria o risco. (entrevista 10)

Acho que todos nós corremos o risco, (...) acho que a pessoa, hoje em dia, corre o risco de todas essas maneiras. (entrevista 12)

Me considero, porque eu não uso camisinha, meu marido não usa camisinha. (entrevista 14)

Sim, me considero. Porque não uso camisinha com ele, ele já teve outras parceiras antes de mim, é obvio, eu já não usei camisinha em algumas relações que eu sei que estava correndo esse risco também, eu acho que a gente está sempre correndo risco, quem não usa camisinha tá sempre correndo risco. Eu sei que corro esse risco. (entrevista 15)

As mulheres entrevistadas têm a consciência de que o não uso de preservativos as deixa em risco para contrair DST/Aids, porém a maioria destas não utiliza nenhuma medida preventiva.

Sei que isso não é o certo, sei que devo usar preservativo, então é um risco assim. (entrevista 1)

Me considero, porque eu não uso camisinha, meu marido não usa camisinha. (entrevista 14)

Sim, me considero. Porque não uso camisinha com ele. Ele já teve outras parceiras antes de mim, é óbvio, eu já não usei camisinha em algumas relações que eu sei que estava correndo esse risco também. (entrevista 15)

Um outro motivo, que deixa as mulheres entrevistadas se perceberem no risco para contrair DST/Aids, é a impossibilidade de controlar os atos dos seus parceiros, relativo à infidelidade, pois não podem estar com ele 24 horas por dia e não sabem o que passa na cabeça dele. Esta situação gera um sentimento de dúvida em relação ao seu risco, já que elas acreditam estar em um relacionamento estável e monogâmico, que apesar dos pactos de fidelidade, existe uma possibilidade de relação extraconjugal. Vale ressaltar que, apesar de ter a consciência da possibilidade de risco, elas escolhem confiar nos parceiros.

Não, porque em um relacionamento... por mais que a gente fala: ahh, não vamos trair, mas a gente não está 24 horas, né, vigiando a pessoa. (entrevista 1)

Mas, posso correr esse risco...acredito que não, porque eu acredito que meu parceiro não tenha outros relacionamentos, mas não estou livre, acredito que eu não esteja livre, porque eu não estou na cabeça dele, não estou com ele o tempo inteiro para saber o que ele faz, confio, entendeu?(...) então o risco, ele existe, não vou falar que não existe, só não existiria se eu estivesse grudada com ele, mas como eu não estou... existe, o risco existe de contrair alguma doença, isso existe. (entrevista 3)

Só que eu esqueci de uma tese, eu Sueli não faria... mas eu não sei se a cabeça dele funciona de fazer. (entrevista 4)

É, eu acho assim, como eu te falei, eu e meu parceiro, nós temos um relacionamento estável e uma relação boa de confiança e nós fazemos sexo regularmente (...)porque você não pode estar com a pessoa com a qual você se relaciona 24 horas por dia, e eu confio nele para pelo menos imaginar que ele não vá manter relação com nenhuma outra pessoa. (entrevista 5)

Ahh, não sei, é tão assim...porque a gente hoje está muito bem, mas aí, eu não sei o amanhã, eu não sei o que passa na cabeça dele, eu não posso dizer o que passa na cabeça dele... entendeu? (entrevista 12)

Algumas mulheres entrevistadas trabalham na área da saúde e por serem profissionais de saúde, têm um conhecimento adequado em relação às formas de transmissão e acreditam estar no risco em seu ambiente de trabalho. Porém, um fator muito importante, é que todas essas mulheres não utilizam preservativos, deixando-as expostas às DST/Aids.

Primeiro porque eu trabalho na área da saúde e eu acho que o ambiente hospitalar a gente sempre corre esse risco e hoje em dia não tem mais um perfil de quem esteja mais exposto e menos exposto, apesar de acreditar no meu parceiro e tudo mais, já está muito difundido, as pessoas têm o vírus e não sabem às vezes, isso é um fator de risco, pode acontecer com qualquer um. (entrevista 6)

Algumas mulheres alegaram saber que existem outras formas de transmissão e que mesmo eu não corra o risco por conta do marido, elas podem estar em risco de outras formas. Este pensamento mostra que ela percebe seu risco somente em algumas situações, deixando-a vulnerável.

Ai, risco assim, a gente sempre tem, porque risco não está relacionado só apenas no ato sexual, na transmissão sexual do marido, né? Assim, para eu te dar esta resposta, eu vou me atentar no raciocínio de que seja infidelidade do marido, então neste ponto eu me considero assim, fora do risco. (entrevista 11)

E eu sei que nem sempre é por esse método, como eu posso dizer? por esse ato o marido que a gente pode estar contraído, a gente pode estar contraído de uma outra forma, numa operação... (entrevista 12)

Pode acontecer um outro tipo de acidente, mas assim, em relação mesmo ao sexual, eu acredito que não, eu não corro esse risco. (entrevista 13)

A partir das reflexões de gênero, podemos destacar uma interferência no comportamento frente às DST/Aids das mulheres em relacionamento estável. Nas entrevistas observamos que algumas mulheres se percebem no risco e mesmo assim, não adotam medidas preventivas. Esta situação também aparece nos estudos de Moura e Azevedo (2006), em que mesmo as mulheres se percebendo em situação de risco, esse fato não é estímulo suficiente para uma ação concreta no sentido de evitar a própria infecção.

No contexto de percepção de risco, Ferreira (2003) diz que ter apenas informações sobre formas de transmissão e sobre situações de risco podem não ser suficientes para que haja adoção de comportamentos preventivos. Isto é, para que o conhecimento se transforme em comportamentos protetores, vários fatores influenciam na percepção do risco, como as relações de gênero, classe social, raça e outros componentes socioeconômicos que não estão relacionados apenas com a esfera individual. Assim, a mudança de comportamento devido ao poder do conhecimento depende das alternativas e perspectivas existentes para o indivíduo (ANDRÉ, 1999). Em tal perspectiva, os indivíduos irão construir suas próprias

definições de risco de transmissão do HIV, por via sexual, utilizando parte do discurso epidemiológico e preventivo, mas principalmente de acordo com sua posição social, identidade pessoal e tipo de relação na qual está envolvido (FERREIRA, 2003).

Esta falta de comportamentos preventivos aparece na presente pesquisa, deixando-as em situação de vulnerabilidade. Isto pode ser constatado também no estudo de Santos et al. (2002), com mulheres HIV positivas de um ambulatório em São Paulo, que mostrou o fato de um número de mulheres se perceberem sob risco não foi um estímulo suficiente para adotarem medidas de prevenção para evitar a sua infecção. É comum a dificuldade no diálogo com o parceiro e a percepção do risco é muito pequena, até mesmo para quem se encaixa no perfil de grupos de risco. E nos resultados de um estudo de Cogna e Ramos (2002) com homens e mulheres supostamente heterossexuais, de um bairro popular de Buenos Aires, apareceu que as mulheres, mesmo conscientes dos riscos, relutavam em sugerir sexo seguro aos seus parceiros.

Sob a análise das relações de gênero, a dificuldade para negociação do sexo seguro, implica em uma mudança de rotina, que pode interferir, negativamente, no relacionamento do casal. Ou seja, existe uma preferência em se arriscarem a contrair DST/Aids a se arriscarem a alterações no relacionamento ou perdê-lo.

Algumas entrevistadas afirmaram se sentirem vulneráveis, por não usarem preservativo; logo, acreditam que a camisinha é a maneira mais eficiente de evitar a Aids, mas boa parte delas tem o hábito de não usá-la nas relações sexuais. Segundo pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz citada por Maia (2007), a grande maioria da população sexualmente ativa cita o preservativo como principal forma de prevenção das DST/Aids, mas 75% desta população não utiliza preservativos em todas as relações sexuais.

Outro fator importante citado foi que, além de não usarem preservativos, as mulheres não estão todo o tempo com seus parceiros e não têm como controlar suas atitudes e comportamentos, em relação à infidelidade, gerando dúvida em relação a seu risco para contrair uma doença sexualmente transmissível. Analisando as desigualdades de gênero, concordo com Deslandes et al. (2002) que algumas mulheres, em relacionamento estável, têm um perfil das mulheres que se encaixam nas exigências sociais e cumprem o papel tradicional de esposa-mãe e vivem para satisfazer os desejos do homem, mostrando submissão e passividade. Outra

característica importante é em relação à confiança quanto à fidelidade de seus parceiros, em que elas confiam “desconfiando” e, mesmo que haja essa desconfiança ou não estejam satisfeitas com o parceiro, elas mantêm o relacionamento.

Algumas mulheres entrevistadas eram profissionais de saúde e apontaram acidentes em ambiente de trabalho como risco para contrair DST/Aids. De acordo com a Secretaria Municipal do Rio de Janeiro (BRASIL, 2007c), o acidente com material biológico é considerado um grave problema de saúde pública e o HIV está entre os principais patógenos transmitidos pelo sangue. Vale destacar que se espera de um profissional de saúde um conhecimento, mesmo que básico, das formas de transmissão e de prevenção contra as DST/Aids. Essas entrevistadas têm a consciência do risco, enxergam o risco em seu ambiente de trabalho, porém não utilizam métodos preventivos em seu relacionamento estável. Inagakil et al. (2007), em pesquisa com acadêmicos do curso de enfermagem de uma universidade federal de Sergipe, aponta que 45,6% dos entrevistados não adotam preservativos em todas as relações sexuais, deixando-os vulneráveis para DST. Um fator importante nestes dados é que se trata de um futuro profissional de saúde e educador durante a assistência à sua clientela. Refletindo sobre esta problemática, percebe-se que conhecimento sobre o assunto pode não ser suficiente para adesão de práticas preventivas, pois existe um conjunto de fatores complexos, dentro de sua vida pessoal, que interfere nas suas atitudes, em que as relações de desigualdade de gênero podem ser visualizadas.

E, por fim, as entrevistadas alegam o risco para outras formas de transmissão, buscando não incluir seus parceiros estáveis como transmissores. Isto pode ser resultado da sua parceria fixa e na crença no amor, criando uma falsa ilusão sobre sua proteção contra DST/Aids, logo, não investindo em medidas preventivas.

De acordo com o livro de Giacomozzi (2004), as mulheres têm medo de contrair Aids por outras formas de transmissão, alegam pensar em fazer os testes diagnósticos, porém estas falam da importância de conhecer o parceiro como forma de prevenção. Estas mulheres têm um sentimento de proteção em relação à transmissão da Aids por via sexual, por estarem em um relacionamento fixo. Assim como aparece na presente pesquisa, as mulheres percebem risco em outras formas, como em clínicas, operações, transfusão sanguínea ou acidentes.

- Não se percebendo vulneráveis / no risco

Algumas mulheres entrevistadas não conseguem perceber o risco de contrair DST/Aids; isso significa que elas não têm comportamentos protetores. Nesse contexto, deve-se intensificar o processo educativo em saúde, pois, esta situação deixa as mulheres expostas ao risco.

Nesse momento não, mas já, acredito que sim, que já tenha corrido um risco sim. Nesse momento não porque eu namoro esta pessoa. (entrevista 2)

Então eu não me considero..., mesmo que ele me traia... comigo ele usa camisinha, então eu não me considero apta pra ter uma DST, de forma alguma. (entrevista 7)

Não, não me considero, porque eu tomo as precauções necessárias para que isso não aconteça, pílula, camisinha. (entrevista 9)

Mas assim, em relação mesmo ao sexual, eu acredito que não, eu não corro esse risco. (entrevista 13)

As mulheres não se sentem vulneráveis a contrair uma DST/HIV, Devido ao fato de estarem em um relacionamento estável, com suas características, a confiança no parceiro, a fidelidade do parceiro e uso rotineiro de preservativos. Isso poderia ser considerado um fator de vulnerabilidade, pois quando não se consideram em risco, não há adoção de comportamentos protetores. Vale ressaltar que entre elas houve a situação em que, mesmo aquelas que tiveram a experiência de contrair uma DST anteriormente, não percebem o risco em seu relacionamento estável e têm relações sexuais sem proteção. Não se sentem no risco, pois se consideram em um relacionamento estável com todas as características inerentes a este. Dentre estas características surgiram o diálogo, a segurança no relacionamento, a fidelidade e, principalmente, a confiança no parceiro.

Eu namoro esta pessoa, tenho um relacionamento com ele sexual sem camisinha, mas é uma pessoa que eu confio, tenho relacionamento estável com ele, uso pílula e não uso camisinha, mas eu já tive relacionamento com uma pessoa, da qual eu provavelmente, eu contrai o HPV e eu considerava um relacionamento estável também, no entanto, provavelmente, a partir desta relação foi que eu contrai o HPV. (entrevista 2)

Bem, o que me faz eu me sentir assim, é o fato de eu considerar que eu esteja numa relação estável, que, obviamente, devido aos critérios que eu disse anteriormente, o

fato de eu achar que ele é fiel a mim, o fato de eu achar que a gente tem diálogo, que a gente tem um relacionamento baseado em muita confiança, em respeito e amor, isso é o que me faz acreditar que eu não vá contrair uma outra DST. (entrevista 2)

Eu acho que esse relacionamento estável que eu realmente acredito que é estável, de confiança, de acreditar que ele não vai procurar nenhum tipo de relacionamento fora e o cuidado que nós temos quanto a relação sexual, os dois estão sempre se cuidando, indo ao médico... prevenindo. (entrevista 5)

Olha, eu acho que não, mas eu sei que hoje em dia... assim, justamente por isso, porque eu confio muito nele, então eu acho que não, mas eu também fico com medo de dar certeza nesse não, porque a vida dá tantas voltas e eu não sei o que pode acontecer. No momento, eu digo que não, porque justamente porque eu tenho a confiança nele. (entrevista 8)

Não, não porque eu confio no meu marido, né? E acredito, porque eu que tenho que crer isso, ninguém pode falar isso pra mim ahhhh, você tem que... não, eu tenho que ter essa convicção que nós somos um para o outro e que não vai existir essa contaminação através de uma doença venérea, pode acontecer um outro tipo de acidente, mas assim, em relação mesmo ao sexual, eu acredito que não, eu não corro esse risco (...)E eu me sinto segura mesmo em relação ao relacionamento, sabendo que ele não traria esse tipo de contaminação para nossa relação e por minha parte não porque eu não tenho outro tipo de relação sem ser com ele e confio nele. (entrevista 13)

Outros motivos, considerados pelas mulheres, foram as crenças evangélicas e o não uso de drogas, mostrando que só são vulneráveis alguns grupos de pessoas. Deixando-as vulneráveis a contrair DST/Aids.

Olha, porque sexualmente assim sou eu e meu marido só, eu não acredito que ele tenha ninguém e até mesmo pelas nossas crenças evangélicas, isso não está relacionado, por não ser uma coisa correta e dos outros níveis assim de drogados, vícios lícitos e ilícitos, nem eu nem eles estamos relacionados, nunca fomos também e eu acredito que ele não esteja. Pelo menos assim na nossa rotina eu nunca percebi nada.(...) Eu vou ter que voltar novamente a relacionar com meu marido, é a confiança mútua, nosso relacionamento, só isso, do contrário a gente não tem essa confiança para não contrair doença, não como ter isso. (entrevista 11)

Outro depoimento importante, apresentado por algumas mulheres, foi o uso de preservativos em todas as relações sexuais. Vale ressaltar que algumas o utilizam como prevenção de DST/Aids, porém outras utilizam como método anticoncepcional e só o utilizam por não apresentarem dificuldades em adaptação à pílula, o que pode levar a uma vulnerabilidade, em caso da decisão do uso de outros métodos anticoncepcionais.

Não, eu uso camisinha, eu não tomo pílula, ta? meu namorado é muito neurótico em relação à gravidez, muito mesmo, então a gente não faz nem coito

interrompido, ele é muito mais preocupado do que eu em relação a isso, então todas as nossas relações sexuais. (entrevista 7)

Não, não me considero, porque eu tomo as precauções necessárias para que isso não aconteça, pílula, camisinha, tudo isso é fato que tem que usar, sempre camisinha, sempre. (entrevista 9)

A principal causa de vulnerabilidade a DST/Aids entre mulheres são os valores morais relacionados à conjugalidade, pois elas acreditam na segurança do casamento, que, na realidade, coloca as mulheres em posição de risco (GUILHEM, 2005). Na presente pesquisa, podemos observar tal situação, em que o fato das entrevistadas estarem em um relacionamento estável, faz com que não se sintam vulneráveis.

Podemos ilustrar este pensamento com a pesquisa de Saldanha e Figueiredo (2003) com mulheres soropositivas de Ribeirão Preto, em que elas relataram que se sentiam distantes do risco por estarem em um relacionamento fixo e que, atualmente, com o diagnóstico, elas se sentem em profunda desorientação e ruptura. Isto se deve ao fato de que esta parceria fixa representava uma falsa segurança e/ ou proteção contra DST/Aids.

Tal informação também foi obtida na pesquisa de Alves et al. (2002), com mulheres com sorologia positiva para HIV, em Maringá. As entrevistadas afirmaram que não adotaram medidas de proteção contra o vírus, pois não tinham percebido o risco de contágio, pois não se consideravam vulneráveis ou não tinham informações suficientes para chegarem a essa conclusão.

Na presente pesquisa, algumas mulheres não se sentem no risco, justamente por estarem em um relacionamento estável em que supostamente existe confiança e fidelidade. Segundo a pesquisa de Feliciano (2005), com jovens alunos de Recife, meninas relataram que não utilizam preservativos com frequência, pois estão em um relacionamento fixo, com alguém que elas confiam, conhecem as condições de saúde e sabem que não pertencem a “grupos de risco”. Importante ressaltar que nas falas das meninas há uma lógica de argumentação, baseando-se na afetividade e no amor que legitimam as práticas sexuais.

Outro fator importante para as entrevistadas é a confiança no parceiro. Concordo com Giacomozzi (2004), quando diz que, à medida que os relacionamentos vão ficando estáveis, eles vão ficando confiáveis. A prevenção da Aids para as mulheres com relacionamento estável se daria pela certeza de que os

parceiros estariam dizendo a verdade para elas, em relação aos seus hábitos sexuais.

Segundo Rempel, Ross e Holmes (2001), confiança em conjugalidade é a confiança individual e a boa vontade dos parceiros para responderem às necessidades do outro, mesmo com conflitos dentro da relação por diferenças de preferências individuais.

A intimidade e a confiança seriam, portanto, causas de uma maior exposição ao vírus da Aids. Não podemos negar o grande poder masculino na sociedade, em que se pretende controlar os corpos e desejos femininos, a partir das diferenças de gênero. O papel construído socialmente para a natureza da mulher, pelo sentimento, romantismo e submissão, deixa-a em desvantagem e em risco para DST/Aids.

Pode ser constatado, também, com base na pesquisa de Alves et al. (2002) com mulheres HIV positivas de um ambulatório de Maringá, que as mulheres que confiam no parceiro apresentam um sentimento de imunidade às doenças, devido ao tempo de convivência. Não consideram, no entanto, a vida pregressa do parceiro. A convivência com o parceiro que se ama e confia são facilitadores da negação do risco.

O casamento e até mesmo um relacionamento estável, em nossa sociedade, é tradicionalmente uma instituição de troca de amor, confiança e fidelidade. De acordo com Giacomozzi (2004), o modelo de fidelidade imposto pela confiança recíproca, que é um valor construído, em nossa sociedade, torna o uso do preservativo uma contradição. Para as mulheres com parceiros fixos, o raciocínio de prevenção se dá com a manutenção da fidelidade do casal. Obtém-se, dessa forma, mais uma vez a influência negativa do amor romântico sobre a instituição de medidas protetoras contra as DST/Aids.

Entre as muitas causas apresentadas pelas entrevistadas da presente pesquisa, que podem ser apontadas para a vulnerabilidade de exposição ao vírus da Aids, está o mito da fidelidade, que se baseia na noção de que as mulheres se sentem longe dos riscos, pois acreditam na certeza de que seus parceiros dizem a verdade acerca de relações extraconjugais.

Na reflexão sobre gênero, pode-se retomar a idéia de que é uma construção social e cultural, em que são estabelecidos valores diferenciados na sociedade e a forma como se relacionam (DINIZ, 2005). Nas representações de papéis, o homem

tem uma natureza de quantidade e liberdade. Na pesquisa de Giacomozzi (2004), as mulheres alegam que a traição faz parte do universo masculino, porém quando estão vivendo relacionamento estável, elas acreditam no mencionado mito da fidelidade.

No presente estudo, algumas mulheres afirmam não sentir necessidade de utilizar medidas preventivas porque elas têm comportamentos considerados “não desviantes” em nossa sociedade, como, por exemplo, as crenças religiosas e o fato de não utilizarem nenhum tipo de droga. Isto gera uma falsa sensação de segurança e transporta o risco para alguns grupos de pessoas.

Vale destacar que em pesquisa de Villarino et al. (2002), algumas falas mostraram que existe a crença de que o poder divino protege os cristãos em relação à infecção das DST/Aids. Na referida pesquisa, estes depoimentos são, na maior parte, de protestantes. Nas mulheres entrevistadas na presente pesquisa, acredita-se que a referência à religião não está ligada ao poder divino, mas sim ao comportamento adequado das pessoas que freqüentam o protestantismo.

Essas concepções alimentam a compreensão de que com comportamentos “normais”, daqueles que não saem muito, participam de uma crença religiosa e nem bebem bebidas alcoólicas ou usam drogas, seu risco de contrair DST/Aids diminui. Isto pode ser constatado nas pesquisas de Alves et al. (2002) em que certos estereótipos “auto-excluem” as mulheres que apresentam comportamentos não desviantes.

Durante muito tempo foi difundida a idéia da existência de grupos de risco para infecção do vírus da Aids, que eram grupos estigmatizados como promíscuos, viciados e pervertidos. De acordo com Alves et al. (2002), esses estereótipos apresentados no início da epidemia, marcados por julgamentos morais e a idéia de que a Aids é um castigo por más ações, faz com que alguns indivíduos, que não possuem estes estereótipos, ignorem os riscos de infecção. Por exemplo, quando as mulheres se consideram fiéis, cuidadosas e honestas, não conseguem enxergar sua vulnerabilidade, dado que pode ser constatado na supracitada pesquisa.

Este estudo também nos permitiu confirmar que o número de mulheres que usam preservativo em todas as relações é muito pequeno, na maioria das vezes, como método anticoncepcional e não como forma de prevenção de DST/Aids. No estudo de Cogna e Ramos (2002), de 60 mulheres, apenas 3 jovens declararam manter relações com proteção sempre. Também pode ser observado na pesquisa de

Jiménez (2001), em que os resultados confirmam o uso limitado de preservativos e o principal motivo para o não uso foi a presença de parceiro fixo, retomando mais uma vez a idéia de confiança e monogamia.

4.4.2 Subcategoria 2 – Percepção do outro

Houve mulheres que disseram que as outras mulheres são vulneráveis porque não utilizam preservativos. Porém algumas destas, durante a entrevista, disseram que nem sempre usam preservativos, o que nos mostra que percebe que o outro tem maior vulnerabilidade, se excluindo do risco.

Com certeza são vulneráveis. A maioria das pessoas que eu conheço não usa (...) outras, minhas amigas, o que acontece, elas não usam mesmo porque não querem, entendeu? acham que é incômodo, o cara não acha legal, mas é uma situação, assim, ao meu ver, deveriam usar, com certeza, a camisinha. (entrevista 1)

E tem algumas amigas minhas, em algumas conversas, deixam escapar que conheceu um cara hoje e na quarta transa deixou ir sem camisinha.(entrevista 7)

Acho que a maioria sim, porque ninguém se cuida, porque eu não acho que a maioria das mulheres não usa camisinha, porque os namorados não querem. (entrevista 10)

Eu imagino outras mulheres, que eu acho que a maioria delas cede, acho que talvez elas não tenham a iniciativa de pedir para o cara botar a camisinha, nem de pegar e botar. (entrevista 14)

Ao falar em prevenção a DST/Aids, algumas mulheres entrevistadas afirmaram que ter um relacionamento estável é um fator de vulnerabilidade para as outras mulheres, pois está relacionado ao não uso do preservativo. Esta situação acontece, principalmente, entre outros motivos, por prevenirem somente a gravidez indesejada com uso de pílula anticoncepcional.

Começa a namorar, começa a se prevenir para gravidez e esquece das DST e da Aids e não se previnem, não dão o devido valor ao uso o preservativo e acabam não usando sempre. (entrevista 6)

A maioria dos casais fixos não usa, é muito, muito difícil, mas mais por causa da gravidez não por causa da DST. Apesar de ser complicado. (entrevista 7)

Estão, porque eu acho que quando a mulher está no relacionamento estável, acaba que a mulher passa a não usar, mesmo que use no início, depois de um tempo ela passa a deixar de mão, ela passa a não usar e aí, ela se torna vulnerável. (Entrevista 3)

Outras mulheres relacionaram a vulnerabilidade das outras mulheres com o não relacionamento estável, com o maior número de parceiros, troca de parceiros, o “ficar” sem compromisso, uso de drogas lícitas e ilícitas e conseqüentemente, o sexo banalizado. Estes depoimentos são de certo cunho conservador e tiram o risco de mulheres que vivem uma vida regrada com seu parceiro, que muitas vezes não utilizam preservativos e transferindo para as mulheres que não tem um relacionamento fixo, mas que podem se prevenir.

Mas o que talvez faça com que algumas mulheres estejam mais sujeitas a isso, é o fato de poucas se preocuparem ou então pelo fato de muitas mulheres terem mais de um parceiro, muitas não estarem num relacionamento estável. (entrevista 2)

Ahh, eu acho que, principalmente, as pessoas fora de um relacionamento muito longo, pessoas solteiras, é normal você se relacionar com nada muito sério, então acho que isso cria uma vulnerabilidade maior, e cabe a cada pessoa se precaver e ter um acompanhamento e ter consciência que está vulnerável a isso, então eu acho que existe sim, no geral é isso. (entrevista 5)

Sim, as mulheres que me perdoem, mas elas estão... andando na frente... elas estão colocando o sexo na frente de qualquer coisa, algumas mulheres no caso. É que as mulheres hoje, esse negócio de ficar, é... eu acho que é um risco muito grande para elas. (entrevista 4)

E tem algumas amigas minhas, em algumas conversas, deixam escapar que conheceu um cara hoje e na quarta transa deixou ir sem camisinha. (Entrevista 7)

Eu acho que sim, mas você vê que a maioria das mulheres não tem só um, hoje elas estão com um, amanhã estão com outros e assim, eles partem para relação mesmo, né? Colegas minhas, colegas minhas mesmo falam que ela conhece um rapaz e sai no mesmo dia, entendeu? mas sai, assim, para ter relação mesmo, então eu acho que aí, correm esse risco, né? Muitas não usam nenhum tipo de preservativo, né? (...)porque hoje em dia os relacionamentos não estão mais aqueles relacionamentos... hoje em dia eles trocam com muita facilidade de parceiro, então acho que correm sim. (entrevista 12)

Eu acho, hoje em dia o sexo está cada vez mais banalizado.As meninas estão indo muito fácil pra cama, com qualquer um que aparece, se drogam, bebem o tempo inteiro, que, aliás, a bebida não deixa de ser uma droga lícita, mas é uma droga e com isso a pessoa perde o reflexo, perde a consciência temporária do que está fazendo e faz com primeiro que aparece e as vezes não tomam as precauções necessárias, as vezes... quase sempre. (entrevista 9)

As mulheres entrevistadas acreditam que a infidelidade feminina deixa as outras mulheres vulneráveis a contrair DST/Aids. Mais uma vez, apresentam um depoimento de cunho conservador, que exclui do risco as mulheres que são monogâmicas com a vida regrada.

Nem ela mesmo, não é só o parceiro, ela também pode ter um relacionamento fora do namoro, casamento, e isso pode levar...expor o parceiro também ao risco, né? (entrevista 3)

Que muitas mulheres tem seu companheiro em casa, mas preferem ter suas aventuras lá fora, então é por isso que eu acho que elas estão assim... é muito mais fácil elas pegarem essas doenças, o HIV... por esse motivo. (entrevista 4)

Em algumas entrevistas, as mulheres reconheceram a falta de informação como fator de vulnerabilidade das outras mulheres. Além disso, apareceu, nos depoimentos, o tabu e a vergonha como obstáculos para prevenção. Logo se deve aumentar o número de campanhas, de atividades para que não haja déficit de informação.

Acho que estão mais sujeitas as mulheres talvez menos informadas, embora eu acho que informação é muito disponível atualmente em relação a transmissão como é transmitida doenças sexuais, que a medida certa é usando camisinha, eu acho que todas as mulheres têm mais ou menos ciência disso. (entrevista 2)

Acho, né? Infelizmente, até por conta da falta de informação, a gente sabe que a Aids, hoje em dia, ela está um pouco controlada, a gente acha que todo mundo conhece, que todo mundo já ouviu falar, mas não é assim, (...) existe um pouco de tabu, uma vergonha, uma limitação, não quer falar, não quer saber, nem pergunta. (entrevista 13)

Outro fator de vulnerabilidade que surgiu, nas entrevistas, foi a DST/Aids como doença do outro. Apesar de ter uma baixa autopercepção de vulnerabilidade, algumas mulheres conseguem reconhecer que as outras estão vulneráveis por acreditarem que não vai acontecer com elas, ou seja, doença do outro.

Agora... as pessoas acreditam muito na sorte, acham que as coisas só acontecem com o vizinho, (...) essa história de que ah, só o outro engravida, só o outro tem doença e não é muito assim. (entrevista 8)

E quando sabe acha que na minha casa não vai acontecer, né? e não se previne, às vezes até... e acham que não vai pegar e que com ela não vai acontecer. (entrevista 13)

A idéia da Aids como sendo uma doença do “outro” foi pesquisada em vários estudos. Nesta pesquisa o “outro” aparece como mais vulnerável a contrair e algumas mulheres entrevistadas se encontram supostamente protegidas. Para Martin (1997), o “outro” se contamina se comportando de tal maneira justificando esta contaminação. Em muitos casos não existe a preocupação com a Aids e isso está ligado a um código moral, no qual o casamento parece garantir “imunidade” à doença. É um sistema classificatório que estabelece os limites claros dos que podem ter Aids, ou seja, pessoas promíscuas, com comportamentos desviados e com vida desregrada e dos que não podem, incluindo-se mulheres com somente um parceiro, onde a afetividade e o amor estão presentes.

Na pesquisa de Alves et al. (2002), todas as mulheres afirmaram que não tinham percebido o risco de contágio, não se consideravam vulneráveis ao HIV e por isso não adotaram medidas protetoras contra o vírus. As mulheres que negavam o risco acreditavam que o HIV ameaçava as outras pessoas e se excluía do risco. Muitas vezes também não percebiam o risco por não se considerarem fazendo parte dos grupos de maior possibilidade de contaminação.

Apesar das mulheres entrevistadas na atual pesquisa perceberem a importância do preservativo, elas, por diversos motivos, não o utilizam. Porém, quando falam das outras mulheres, elas conseguem perceber que elas são vulneráveis, justamente, por não utilizarem preservativos e ainda completam que elas não usam, na maioria das vezes, porque não querem. O mesmo apareceu em pesquisa de Silva (2006), em que as mulheres afirmam que as outras mulheres não querem se cuidar ou não gostam de usar camisinha. Na pesquisa de Cogna e Ramos (2002), com homens e mulheres, presumivelmente heterossexuais, as mulheres atribuíram pouco valor ao preservativo e relatavam argumentos de dois tipos: a argumentação parecida com a dos homens, que é de interferência no prazer e impedimento de sentir o sêmen durante relação sexual, temor de que o preservativo rompesse durante o ato sexual ou até mesmo medo de prurido e queimação.

No presente estudo, algumas mulheres reconhecem que o relacionamento estável é um fator de vulnerabilidade para as outras mulheres, já que, com o tempo de relacionamento, é muito comum que o casal deixe de utilizar preservativos. Vale ressaltar que algumas destas não conseguem perceber o seu relacionamento estável como um risco para contrair DST/Aids. As entrevistadas na pesquisa de

Giacomozzi (2004) que, apesar de não se sentirem totalmente prevenidas da Aids, elas também não consideram que as pessoas que estão casadas o estejam, pois reconhecem a possibilidade de haver traições entre um casal.

Ainda dentro deste contexto, as entrevistadas alegam que as mulheres em relacionamento estável se preocupam mais com a gravidez indesejada. Muitas vezes, nem pensam em DST/Aids. Com isso, o preservativo é substituído pela pílula anticoncepcional oral. Pode-se ilustrar esta situação com os estudos de Finkler (2003) em que, com o estabelecimento da confiança no casal, o preservativo que era usado no início do relacionamento, porém posteriormente abandonado e substituído pelo anticoncepcional hormonal oral. Oltramari e Otto (2006) complementam que a pílula promove um distanciamento entre risco de infecção pelo HIV e a percepção dele.

Outras entrevistadas disseram que as mulheres sem relacionamento estável estão vulneráveis devido a um maior número de parceiros, a banalização do sexo e o uso de drogas. Vale ressaltar que este pensamento exclui o risco das mulheres monogâmicas, que supostamente têm uma vida regrada, mas que muitas vezes são vulneráveis por não usar preservativo. Esta situação também surgiu no estudo de Silva (2006), em que as mulheres consideram a liberdade sexual feminina como um fator de vulnerabilidade, apresentando também um discurso de cunho conservador, insentando do risco as mulheres que ficam em casa. Com a visão de que existem grupos de risco, há uma exclusão das mulheres que não possuem estereótipos desviantes, em relação à sociedade tradicional (ALVES et al., 2002).

O que também pode ser visualizado no presente estudo é o fato de que as mulheres afirmam que a infidelidade feminina as deixa vulneráveis, expondo o parceiro, continuando o discurso conservador e excluindo o risco das mulheres que têm somente um parceiro. Esta visão errônea pode acarretar no aumento da vulnerabilidade daquelas que possuem apenas um parceiro. Sob o enfoque de gênero, podemos analisar que esta situação não é esperada pela natureza da mulher. Segundo Meyer et al. (2004), a infidelidade, como regra, é um dos elementos de representações hegemônicas de sexualidade masculina vigentes. No estudo de Silva (2002), com homens heterossexuais casados, verifica-se uma intolerância em relação à infidelidade feminina, considerada absurda. Mais uma vez, comportamentos considerados não desviantes são excluídos do pensamento crítico da mulher em relação a vulnerabilidade para contrair DST/Aids, formando a idéia de

que existem grupos de risco e que não se enquadram neste perfil. Concordo com Guimarães (1994), quando afirma que existem limites claros entre a possibilidade de pessoas promíscuas, com comportamentos desviados, poderem ter Aids e aquelas mulheres com apenas um parceiro, onde o amor e a afetividade estão presentes não poderem ter Aids.

Outro fator de vulnerabilidade foi a desinformação quanto à transmissão e a forma de prevenção contra as DST/Aids. Ainda hoje, existem pessoas sem informação sobre os métodos de prevenção, o que as deixa com uma maior vulnerabilidade. Isto foi citado pelas mulheres entrevistadas, apesar de não ter sido muito colocado claramente. Alves et al. (2002), em seu estudo, diz que a falta de informação é adicionada à idéia de que a infecção do HIV é distante, pois as informações das mulheres em relação à prevenção em relação a Aids não eram suficientes para se prevenirem. Nesta pesquisa, que foi com mulheres soropositivas, os fatores mais importantes para infecção foi a falta de conhecimento das vias de transmissão e das formas de prevenção, além da existência de tabu e vergonha em questões relacionadas ao sexo.

Segundo Giacomozzi (2004), elas procuram manter distância da doença, como algo que não pertence a seu mundo e têm facilidade de apontar o outro como vulnerável. Por fim, ilustrando essa categoria que tem como plano de base a Aids como doença do “outro”, as entrevistadas reconhecem que as outras mulheres são vulneráveis por acharem o infortúnio não as alcançará. Esta situação retrata que, apesar delas se excluírem do risco, por acharem que esta doença está distante, elas logram perceber o risco para outras mulheres em situações por vezes semelhantes.

Esta categoria foi desmembrada em duas subcategorias. A primeira discute a autopercepção do risco das mulheres entrevistadas. Algumas mulheres têm consciência do risco, mas nem sempre utilizam práticas preventivas e outras que não se percebem no risco devido ao fato de estarem em um relacionamento estável, porém conseguem perceber os fatores de vulnerabilidade nas outras mulheres.

As entrevistadas conseguem perceber a vulnerabilidade das outras mulheres, porém muitas destas não se consideravam vulneráveis, ou seja, esse pensamento provoca nessas mulheres uma percepção de afastamento da possibilidade de contraírem uma DST/Aids.

4.5 Discutindo as contradições

No presente estudo as mulheres apresentaram uma série de contradições em relação à temática de vulnerabilidade e DST/Aids. Ao refletir sobre seu relacionamento estável e seus comportamentos, elas se contradiziam entre uma resposta e outra ou percebiam que seus comportamentos eram contraditórios. Estas contradições são fruto da complexidade e da subjetividade da temática em questão. Esta complexidade é advinda da construção cultural da sociedade sob o enfoque das desigualdades de papéis e poderes de gênero. Estas desigualdades estão intimamente ligadas com as características do relacionamento estável que pode aumentar a vulnerabilidade da mulher para contrair DST/Aids.

E por que é tão subjetiva esta questão? Porque aborda uma dimensão em que sentimentos e comportamentos se confrontam na vivência de um relacionamento amoroso, inclusive no contexto da adoção de práticas preventivas.

Algumas mulheres têm consciência da existência do risco de contrair DST/Aids, porém não utilizam nenhuma medida preventiva. Vale destacar que algumas não se consideram vulneráveis, mas pelo fato de não se protegerem e não poderem controlar as atitudes do parceiro, apresentaram um sentimento de dúvida quanto à sua vulnerabilidade. Este sentimento de dúvida, em relação à percepção de risco, é resultado delas acreditarem que estão em um relacionamento estável e monogâmico e que, apesar dos pactos de fidelidade, existe uma possibilidade de risco. Logo, é como se elas percebessem o risco, mas não desejassem acreditar nele.

Um fator muito importante é que algumas mulheres afirmam ter consciência do risco, sabem da importância do uso permanente de preservativos, mas por todas as características e relações de gênero, incluídas no relacionamento estável, se expõem ao risco. Será que elas, realmente, têm consciência do risco, da magnitude da epidemia? Será que elas acreditam que estão correndo risco ou inconscientemente, relacionam como doença do outro? Ou será que elas estão presas a esta situação por conta da construção do seu relacionamento? Essas mulheres não passaram pelo processo de empoderamento para encorajá-la a uma mudança e desafiar as relações de poder existentes. Deste modo, é como se elas tivessem a informação do risco, mas não a consciência da realidade a que está

exposta. Além disso, no relacionamento, entre homens e mulheres, existe essa relação de poder que influencia diretamente na negociação de sexo seguro ou a própria mulher não deseja arriscar essa negociação por medo de desestruturar seu relacionamento.

Concordo com Guilhem (2005) quando diz que as mulheres, em relacionamento estável, são escravas do risco, submissas ao conforto das verdades instituídas, traduzidas por uma ilusão dos padrões morais. Para a prática preventiva é necessário encontrar a verdadeira origem do problema da epidemia e a incontrolável vulnerabilidade que as mulheres estão submetidas.

Algumas mulheres não se percebem vulneráveis porque utilizam preservativos em todas as relações sexuais e têm um discurso que valoriza a importância do uso do preservativo. Apesar disso, o real motivo para o uso do preservativo é a gravidez indesejada e, na maioria das vezes, não tem relação com a prevenção contra DST/Aids. Mais uma vez, a imersão da mulher em um relacionamento amoroso, ofusca o olhar para o risco. Esta seria uma contradição de discurso e comportamento, como se elas estivessem passando adiante, ou seja, transmitindo a idéia da importância do preservativo e daquilo que é colocado na mídia. Porém, ao fazer uma reflexão sobre seus comportamentos, suas atitudes não têm a mesma consistência de seus discursos.

Uma situação de muita relevância para discussão é das mulheres que já contraíram uma DST, advinda de um relacionamento estável anterior e, vivendo outro relacionamento estável (namoro), não consegue se reconhecer como vulnerável, justamente, por estar vivendo um relacionamento estável e conseqüentemente, não utiliza nenhum método de prevenção. Como trabalhar a prevenção de mulheres extremamente confiantes? Que confiam e acreditam na impossibilidade do risco, mesmo já tendo vivido uma DST?

As políticas e atividades de prevenção não devem ser desvinculadas dos enredos relacionais, desconsiderando o poder e fascínio que a fé exercem sobre as mulheres. A epidemia, com sua complexidade e magnitude, se configura atualmente, entre outros motivos, com a “cegueira” das mulheres em relação ao risco.

No contexto da percepção da contradição, algumas entrevistadas no início afirmaram não se sentir vulneráveis por ter confiança no parceiro e nas características do relacionamento estável. Porém, ao decorrer da entrevista, estas conseguem refletir no tema proposto e no seu comportamento frente à epidemia e

percebem todas as contradições em seus depoimentos e passam a se perceber como vulneráveis.

Vale destacar que, não necessariamente, estas mulheres mudaram ou irão mudar suas atitudes de risco para diminuir sua vulnerabilidade, pois existem uma série de fatores, subjetivos e complexos, que levam a esta situação. Os profissionais de saúde, que trabalham em busca do controle das DST/Aids e na assistência a mulher, devem refletir sobre a tamanha subjetividade desta questão e tentar incluir no seu planejamento de trabalho estas temáticas. Não basta informar sobre as vulnerabilidades, sobre a doença e sobre as formas de prevenção. Deve-se promover a verdadeira conscientização, quebra da desigualdade de gênero e do ilusório frente aos relacionamentos amorosos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa procurou abordar a temática da percepção das mulheres, em relacionamento estável, quanto à vulnerabilidade para contrair DST/HIV e discutir as influências das relações de gênero neste contexto.

Os dados encontrados revelaram-se em três categorias, em que as entrevistadas caracterizaram o que é um relacionamento estável, discutiram sobre vulnerabilidade e risco, com uma contextualização de grupos e quanto ao relacionamento estável e apresentaram a percepção de si e do outro em relação à vulnerabilidade para contrair DST/Aids.

Na primeira categoria, as entrevistadas descrevem as características do relacionamento estável dentro de uma dimensão emocional, onde ela relaciona relacionamento estável com variados sentimentos, como por exemplo amor, carinho, amizade e confiança. Algumas atitudes/comportamentos, como fidelidade, compromisso e diálogo, na vivência do casal também foram colocados como inerentes do relacionamento estável.

As mulheres, ao descreverem suas percepções sobre o relacionamento estável deixaram claro que foi construído baseado nos diferentes papéis de gênero e hierarquização da relação afetivo-sexual, dentro de uma sociedade supostamente monogâmica. Isto pode colaborar para que não haja comportamentos preventivos adequados contra DST/Aids, aumentando sua vulnerabilidade.

Diante do aumento da contaminação da Aids na população feminina, em relacionamento estável e da complexidade da vivência de um relacionamento amoroso, é necessária uma abordagem urgente, das políticas de prevenção em DST/Aids, sobre o segmento heterossexual. Para assim, permitir escolhas mais conscientes na adoção de comportamentos protetores.

Na segunda categoria, as entrevistadas, discutem vulnerabilidade e risco com relacionamento estável. Em um primeiro momento elas contextualizam a vulnerabilidade mostrando ainda uma visão de “grupos de risco”, em que alguns grupos têm uma maior vulnerabilidade. Este pensamento pode ser crítico, uma vez que provoca um falso distanciamento da possibilidade de contrair uma DST/Aids. As entrevistadas citaram, como grupos mais vulneráveis, as mulheres casadas, os homossexuais e pessoas que estão na terceira idade.

No contexto do relacionamento amoroso, algumas entrevistadas acreditam que as mulheres com relacionamento estável são mais vulneráveis e outras acreditam que as que não estão em um relacionamento estável são mais vulneráveis. Os dois pensamentos tiveram pontos importantes para discussão.

As entrevistadas que acreditam que as em relacionamento estável são mais vulneráveis, apontam que este grupo não utiliza preservativos por confiarem em seus parceiros. Vale destacar, que elas se autodeclararam em relacionamento estável, não utilizam preservativos e não relatam uma possível mudança de comportamento.

As outras entrevistadas apontam as mulheres que não têm um relacionamento estável como as mais vulneráveis, uma vez que existe um aumento do número de parceiros e, muitas, não têm consciência do que estão fazendo. Este pensamento é perigoso, pois as deixa com uma sensação de isenção do risco por estarem em um relacionamento estável.

Na realidade, todas as mulheres se tornam mais vulneráveis à medida que não adotam nenhuma medida preventiva contra DST/Aids. Por isso deve-se investir em atividades educativas que promovam o empoderamento da mulher para a tentativa de combater a idéia de que apenas alguns grupos são vulneráveis.

Na terceira categoria é discutida a percepção de si e a percepção do outro em relação às DST/Aids. Algumas entrevistadas têm consciência do risco, mas nem sempre utilizam práticas preventivas e outras que não se percebem no risco, porém conseguem perceber os fatores de vulnerabilidade nas outras mulheres.

Algumas entrevistadas têm consciência do risco porque não usam preservativos, não podem controlar seus parceiros em relação à infidelidade, por trabalharem na área da saúde ou por outras formas de transmissão, excluindo seu parceiro como possível transmissor.

As entrevistadas, que não têm consciência de seu risco para contrair DST/Aids, acreditam que não serem vulneráveis por estarem em um relacionamento estável, com suas características esperadas, como confiança e fidelidade; crenças religiosas e comportamentos ditos “não-desviantes” e o uso constante de preservativos. Vale destacar que o número de mulheres que usam preservativos em todas as relações sexuais foi muito pequeno.

Em relação à percepção da vulnerabilidade das outras mulheres, as entrevistadas apontam que as “outras” são vulneráveis porque não utilizam

preservativos, estão ou não em um relacionamento estável, são infiéis aos seus parceiros, são desinformadas em relação as DST/Aids e sua transmissão e acreditam que não vai acontecer com elas, ilustrando a “doença do outro”.

As entrevistadas, em relacionamento estável, reconhecem este grupo como tendo sua vulnerabilidade aumentada. Isto ocorre pelo fato de não adotarem medidas preventivas devido às características próprias do relacionamento estável, como por exemplo, o amor, a fidelidade e a confiança. Apesar disso, percebem as outras mulheres na mesma situação como as mais vulneráveis, uma vez que se excluem do risco de contrair DST/Aids, como se elas não estivessem vivenciando um relacionamento estável. Tal condição pode ser entendida como consequência das desigualdades de gênero construídas culturalmente em nossa sociedade.

Portanto, no atual momento da epidemia, um dos grandes desafios para a prevenção e controle das DST/Aids é reverter esta baixa percepção em relação ao risco, observados nas mulheres. Desta forma, é fundamental considerar que, a junção de valores, sentimentos e a construção das desigualdades de gênero, deve estar presente nas políticas de intervenção e controle como um dos principais fatores de exposição ao risco. Nesse sentido deve-se investir para o empoderamento das mulheres, uma vez que facilita o processo de mudanças e encoraja à ação de decidir sobre sua sexualidade e saúde. Para isso, os profissionais de saúde, devem ser sensibilizados em relação às situações de vulnerabilidade a que a população feminina está exposta, inclusive a vulnerabilidade de gênero. Assim, estarão capacitados para atender essa nova realidade da epidemia que perpassa pelas questões de gênero e pelo conceito mais amplo de vulnerabilidade.

REFERÊNCIAS

AYRES, R. C. M. **HIV/Aids e abuso de drogas entre adolescentes**: vulnerabilidade e avaliação de ações preventivas. São Paulo: Casa da Edição, 1996.

AYRES, J. R. C. M. et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: BARBOSA, R.; PARKER, R. (Org.). **Sexualidades pelo avesso**: direito, identidades e poder. São Paulo: Ed. 34; 1999. p.49-71.

AYRES, J. R. C. M. **Sobre o risco**: para compreender a epidemiologia. São Paulo: Hucitec, 2002.

ALAMBERT, Z. **A mulher na história, ou, A história da mulher**. Brasília, DF: Abaré, 2004. p. 26 – 39.

ALVES, R. N. et al. Fatores psicossociais e a infecção por HIV em mulheres, Maringá, PR. **Revista de Saúde Pública**, v.36, supl.4, 2002. p. 32 – 39. Disponível em: < http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000500006> Acesso em: 22 ago. 2008

AMARO, S. T. A. A questão da mulher e a Aids: novos olhares e novas tecnologias de prevenção. **Revista saúde e sociedade**, v. 14, n. 2, maio / ago. 2005. p. 89 – 99.

ANDRÉ, L. M. **Representações e práticas preventivas da Aids em coletores de lixo no Município de São Paulo**. 1999. 100 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

ARRUDA, S.; CAVASIN, S. Gênero e prevenção das DST/Aids. In: COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST E AIDS (Brasil). **Prevenir é sempre o melhor**: inéditos . [Brasília, DF], 1999. Boletim n. 3. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/156_05PGM3.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2008.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARBOSA, R. M.; VILLELA, W. V. A trajetória feminina da Aids. In: PARKER, R.; GALVÃO, J. (Org.). **Quebrando o silêncio**: mulheres e Aids no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996. p. 17 –32.

BARBOSA, R. M. Feminismo e Aids. In: PARKER, R.; GALVÃO, J. (Org.). **Quebrando o silêncio: mulheres e Aids no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996. p. 153 – 168.

BARBOSA, M. R. Negociação Sexual ou Sexo Negociado? Poder, Gênero e Sexualidade In Tempos de Aids. Barbosa, R. M.; Parker, R. (Org.). **Sexualidades Pelo Avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1999. p. 74-87.

BARBOSA, R. M. Um olhar de gênero sobre a epidemia de Aids. In: BERQUÓ, E. (Org.). **Sexo & Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. Campinas: Ed. UNICAMP, 2003. p. 339 – 389.

BARSTED, L. L. O campo político-legislativo dos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil. In: BERQUÓ, E. (Org.). **Sexo & vida: panorama da saúde reprodutiva**. Campinas: Ed. UNICAMP, 2003. p. 79 – 93.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO. Brasília, DF: Ministério da Saúde, ano 14, n. 1, jan./mar. 2001.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO. Brasília, DF: Ministério da Saúde, ano 3, n. 1, jan./jul. 2006.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO. Rio de Janeiro: Secretaria de Estado da Saúde, dez. 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Estratégias e diretrizes para a prevenção das DST/Aids entre mulheres: saúde sexual e reprodutiva. In: _____. **Políticas e diretrizes de prevenção das DST/ Aids entre mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/ Aids**. 2006. Disponível em: < <http://www.AIDS.gov.br/avalia4/home.htm>>. Acesso em: 18 mar. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Dados e pesquisas em DST e Aids: dados de DST**. Disponível em : <www.AIDS.gov.br>. Acesso em: 14 nov. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Aprenda sobre DST: DST em números.** Disponível em :
<<http://www.AIDS.gov.br/data/Pages/LUMISD1F318A3ITEMID55D35F0070A24175B B4DF9DD1832A658PTBRIE.htm>>. Acesso em: 14 jul. 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Aprenda sobre HIV e Aids: Aids em números.** Disponível em :
<<http://www.AIDS.gov.br/data/Pages/LUMIS13F4BF21ITEMID61A4A499808A4774B A4BB32A19F36450PTBRIE.htm>>. Acesso em: 14 jul. 2007b.

BRASIL. Secretaria Municipal do Rio de Janeiro. Gerência de DST e Aids. **Acidentes com material biológico.** Rio de Janeiro, 2007c. Disponível em:
<<http://www.saude.rio.rj.gov.br/cgi/public/cgilua.exe/web/templates/htm/v2/printerview.htm?infoid=3090&editionsectionid=251FirefoxHTML\Shell\Open\Command>>.
Acesso em: 18 abr. 2008.

BUCHALLA, C. M.; PAIVA, V. Da compreensão da vulnerabilidade social ao enfoque multidisciplinar. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n.4, p.117-119, ago. 2002.

CARDOSO, R. C. L. **A mulher no século XX.** Disponível em:
<http://www.comunitas.org.br/docs/A_mulher_no_seculo_XX.pdf>. Acesso em: 10 set. 2005.

CARVALHO, F. A.T; SILVA, A. C. L. F. **A mulher na Idade Média: a construção de um modelo de submissão.** Disponível em:
<<http://www.ifcs.ufrj.br/~frazao/mulher.html>>. Acesso em: 10 set. 2005.

CARVALHO, M. Eu confio, tu prevines, nós contraímos: uma (psico)lógica (im)permeável à informação? In: Madeira, M.; Jodelet, D. (Org.). **Aids e representações sociais: a busca de sentidos.** Natal: EDUFRN.1998. p. 89-94.

COGNA, M.; RAMOS, S. Crenças Leigas, estereótipos de gênero e prevenção de DST. In: BRUSCHINI, C.; UNBEHAUM, S. G. (Org.). **Gênero, democracia e sociedade brasileira.** São Paulo: Editora 34, 2002.

COSTA, J. F. **Nem fraude nem favor: estudos sobre o amor romântico.** Rio de Janeiro: Rocco, 1998. 221 p.

DEL PRIORI, M. **Mulheres no Brasil colonial: a mulher no imaginário social Mãe e mulher, honra e desordem, religiosidade e sexualidade.** São Paulo: Editora Contexto, 2000. p. 21 – 46

DELOR, F.; HUBERT, M. Revisiting the concept vulnerability. **Social Science and Medicine**, v. 50, n. 11, p. 1557-1570, 2000.

DESLANDES, S. F. et al. As concepções de risco e de prevenção segundo a ótica dos usuários de drogas injetáveis. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 18 , n. 1, p. 141-151, 2002.

DIAS, S.; GONÇALVES, A.; SILVA, M. **Gênero e VIH: a vulnerabilidade da mulher nos países em desenvolvimento.** Lisboa: Universidade Nova de Lisboa. 2003.

DINIZ, S. G. **Relações de gênero.** Disponível em: <<http://www.mulheres.org.br>> Acesso em: 10 set. 2005.

FAZEKAS, A.; SENN, C.; LEDGERWOOD, D. Predictors of intention to use condoms among university women: an application and extension of the theory of planned behavior. **Canadian Journal of Behavioural Science**. v. 33 , n. 2, p. 103- 117. apr. 2001.

FELICIANO, K. V. O. Prevenção da Aids entre os jovens: significados das práticas e os desafios à técnica. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 5, n. 4, p. 429 – 438. out./dez. 2005.

FERREIRA, M. P. Conhecimento e percepção de risco sobre o HIV/Aids: um perfil da população brasileira no ano de 1998. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, supl.2, p. 213-222. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2003000800003&script=sci_arttext>. Acesso em: 18 mar. 2008.

FINKLER, L. **HIV/Aids e relacionamentos conjugais.** 2003. 115 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do desenvolvimento) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2003.

GIACOMOZZI, A. I.; CAMARGO, B. V. **Confiança no parceiro e proteção frente ao HIV: estudo de representações sociais.** 2004. 112 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Centro de Filosofia e ciências humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina. Disponível em: <<http://150.162.90.250/teses/PPSI0111.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2006

GIR, E. et al. Estudo de condutas adotadas por balconistas de farmácias frente aos casos relatados de gonorréia. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 24, n 1, p. 15-25, jan./mar. 1991.

GOLDSTEIN, D. O lugar da mulher no discurso sobre a Aids no Brasil. In: PARKER, R.; GALVÃO, J. (Org.). **Quebrando o silêncio**: mulheres e Aids no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996. p. 137 – 152.

GUILHEM, D. **Escravas do risco**: bioética, mulheres e Aids. Brasília, DF: Ed. UnB, 2005. 248 p.

GUIMARÃES, C. Mulheres, homens e Aids: o visível e o invisível. In: Parker et al. (Org.). **Aids no Brasil (1982-1992)**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994. p. 217 – 230.

GUIMARÃES, K. Nas raízes do silêncio: a representação cultural da sexualidade feminina e a prevenção do HIV/Aids. In: Parker, R.; Galvão, J. (Org.). **Quebrando o silêncio**: mulheres e Aids no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996. p. 89-113.

GUIMARÃES C. D. Mas eu conheço ele: um método de prevenção do HIV /Aids. In: Parker, R.; Galvão, J. (Org.). **Quebrando o silêncio**: mulheres e Aids no Brasil. Rio de Janeiro: Relume –Dumará, 1996. p. 169-79.

HAHNER, J. E. **Emancipação do sexo feminino**: a luta pelos direitos da mulher no Brasil – 1850 –1940. Florianópolis: Ed. Mulheres, 2003. p. 38 – 61.

INAGAKI, A D. M. et al. Práticas contraceptivas entre acadêmicos de enfermagem de uma universidade federal. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 15, n. 4, p. 563-568 out./dez. 2007.

JEOLÁS, L. Os jovens e o imaginário da Aids: notas para construção social do risco. **Revista de Antropologia Social**, v. 4, p. 93 -102. 2003. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/campos/article/viewFile/1600/1348>>. Acesso em: 18 mar. 2006.

JIMÉNEZ, A. L. et al. Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis em mulheres: associação com variáveis sócio-econômicas e demográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, v.17, supl.1, p. 55- 62. 2001.

KALIPENI, E. Health and disease in southern África: a comparative and vulnerability perspective. **Social Science and Medicine**, v. 50, n. 7-8, p. 965 - 83. apr. 2000.

LEOPARDI, M.T. **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001, 344 p.

LOWNDES, C. M. Doenças sexualmente transmissíveis. In: GIFFIN, K.; COSTA, S. H. (Org.) **Questões de saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ; 1999. p. 253 – 279.

MAIA, M. **Três em cada quatro brasileiros não usam camisinha sempre**. 2007. Disponível em: <<http://www.agenciabrasil.gov.br/noticias/2007/02/16/materia.2007-02-16.6061266114/view>>. Acesso em: 18 fev. 2007

MANN, J.; TARANTOLA, D. J. M.; NETTER, T. Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e Aids. In: PARKER, R. **A Aids no mundo**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993. p. 276-300.

MARTIN, D. Mulheres e Aids: uma abordagem antropológica. **Revista USP**, v. 33, p. 88-101. 1997.

MATOS, M. I. S. Gênero e história: percursos e possibilidades. In: SCHPUN, M. R. (Org.). **Gênero sem fronteiras**. Florianópolis: Ed. Mulheres, 1997. p. 73 – 89.

MEYER, D. et al. Mulher “sem-vergonha” e “traidor responsável”: problematizando representações de gênero em anúncios televisivos oficiais de prevenção ao HIV/Aids. **Revista Estudos Feministas**, v. 12, n. 2, p. 51-76, maio / ago. 2004.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4. ed. São Paulo: HUCITEC, 1997.

MOURA, A. M.; AZEVEDO, S. M. M. **A sexualidade e a dupla moral em casais heterossexuais soropositivos para o HIV/Aids: um enfoque sobre a Corporalidade**. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO. 7, 2006, Florianópolis. Disponível em: <http://www.fazendogenero7.ufsc.br/artigos/M/Moura-Azeredo_51.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2008.

MURARO, R. M; BOFF, L. **Feminino e masculino: uma nova consciência para o encontro das diferenças**. 3. ed. Rio de Janeiro: Sextante, 2002. p. 45 – 57.

NASCIMENTO, E. R. **Gênero e Enfermagem**. Salvador: Positiva, 1996, 100p.

NASCIMENTO, A. M. G.; BARBOSA, C. S.; MEDRADO, B. Mulheres em Camaragibe: representação social sobre a vulnerabilidade feminina em tempos de Aids. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 5, n. 1, p. 77-86, jan. / mar. 2005.

NERY, I. S.; TYRREL, M. A. R. **O aborto provocado e a questão de gênero: mulheres em evidência e as evidências das mulheres para as bases da assistência de enfermagem**. Teresina: EDUFPI, 2002.

OLTRAMARI, L. C.; OTTO, L. S. Conjugalidade e Aids: um estudo sobre a infecção entre casais. **Psicologia & Sociedade**, v.18, n. 3, p. 55-61, set. / dez. 2006.

PALMA, A.; MATTOS, U. A. O. Contribuições da ciência pós-normal à saúde pública e a questão da vulnerabilidade social. **História Ciência Saúde – Manguinhos**, v. 8, n. 3, p. 567- 90, set./ - dez. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702001000400004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 Jun 2007

PARIS, S.M.J. Aspectos psicossociais e a vulnerabilidade feminina. **Folha Médica INIFESP**, v. 18, n. 1, p. 41-45, 1999 apud SANCHEZ, A. I. M.; BERTOLOZZI, M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 319- 324, mar./ abr. 2007.

PINTO, J. P. Os gêneros do corpo: para começar a entender. In: GONÇALVES, E. (Org.). **Desigualdades de gênero no Brasil: Reflexões e experiências**. Goiânia: Grupo transas do corpo, 2004, p. 33 – 44.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed editora, 2004, 487 p.

REMPEL, J.; ROSS, M.; HOLMES, J. Trust and Communicated Attributions in Close Relationships. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 81, n. 1, p. 57-64, Jul. 2001.

RODRIGUES, E. P. **União estável**. 2008. Disponível em: <http://www.bolsademulher.com/familia/materia/uniao_estavel/30806/1>. Acesso em: 22 ago. 2008.

ROSA, C. (Coord.). **Dicionário Michaelis Trilíngue**. São Paulo: Klick Editora, 2001, 480 p.

RUDIO, F. V. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2001. 144 p.

SALDANHA, A. A. W. **Vulnerabilidade e construções de enfrentamento da soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamento estável**. 2003. 260 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

SALDANHA, A. A. W.; ARAÚJO, L. F. **A Aids na Terceira Idade na Perspectiva dos Idosos, Cuidadores e Profissionais de saúde**. In: CONGRESSO VIRTUAL HIV/Aids. 9, 2003. Disponível em: <<http://www.AIDScongress.net/pdf/294.pdf>>. Acesso em: 18 fev. 2008.

SALDANHA, A. A. W.; FIGUEIREDO, M. A. C. **A Vulnerabilidade Feminina à Infecção pelo HIV: Uma proposta de Intervenção**. In: CONGRESSO VIRTUAL HIV/Aids. 9, 2003. Disponível em: <<http://www.AIDScongress.net/pdf/194.pdf>>. Acesso em: 18 fev. 2008.

SANCHEZ, A. I. M.; BERTOLOZZI, M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 319- 324, mar./ abr. 2007.

SANTOS, N. J. S. et al. Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. **Revista de Saúde Pública**, v.36, supl.4, p. 12 – 23, 2002.

SANTOS, N. J. S.; MUNHOZ, R. A Aids entre as mulheres: reflexões sobre seus depoimentos. In: PARKER, R.; GALVÃO, J. (Org.). **Quebrando o silêncio**: mulheres e Aids no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996. p. 115 – 135.

SCOTT, J. **Gênero**: uma categoria útil para análise histórica. Recife: SOS Corpo, 1990.

SILVA, C., G. M. O significado de fidelidade e as estratégias para prevenção da Aids entre homens casados. **Revista de Saúde Pública**, v.36, supl.4, p. 40-49, ago. 2002.

SILVA, C.M. **A autopercepção de mulheres quanto à sua vulnerabilidade para contrair DST/Aids**. 2006. 61 f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

SWAIN, T. N. Feminismo, corpo e sexualidade. In: RIAL, C. S. M.; TONELI, M. J. F. (Org.). **Genealogias do Silêncio: feminismo e gênero**. Florianópolis: Ed. Mulheres, 2004. p. 183 – 193.

TAKAHASHI, R. F.; SHIMA, H.; SOUZA, M. Mulher e Aids: Perfil de uma população infectada e reflexões sobre suas implicações sociais. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 6, n. 5, p. 59-65, dez. 1998.

WACHELKE, J. F. R. et al. Medida da satisfação em relacionamento de casal. **Psico-USF**, v. 9, n. 1, p. 11- 18, jan/jun. 2004.

VERMELHO, L. L.; SILVA, L. P.; COSTA, A. J. L. Epidemiologia da transmissão vertical do HIV no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de DST e Aids**. Disponível em: <www.AIDS.gov.br>. Acesso em: 14 nov. 2005.

VIEIRA, N. F. C.; PAIVA, T. C. H.; SHERLOCK, M. S. M. Sexualidade, DST/Aids e adolescência: não quero falar, tenho vergonha. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v.13, supl.4, p. 46- 51, 2001. Disponível em: <<http://www.uff.br/dst/cap5.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2006.

VILLARINHO, L. et al. Caminhoneiros de rota curta e sua vulnerabilidade ao HIV, Santos, SP. **Revista de Saúde Pública**, v.36, n. 4, supl.0, p. 61- 67, ago. 2002.

VILLELA, W. V. Prevenção do HIV/Aids, gênero e sexualidade. In: BARBOSA, R. M.; PARKER, R.(Org.). **Sexualidades pelo avesso: direito, identidades e poder**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1999. 272 p.

WERNECK, J. A Vulnerabilidade das Mulheres Negras. **Jornal da RedeSaúde**, n. 23, mar. 2001. Disponível em: <http://www.antroposmoderno.com/antroposmoderno/articulo.php?id_articulo=309>. Acesso em: 14 set. 2005.

WISNER, B. Marginality and vulnerability. **Applied geography**, v. 18, n. 1, p. 25 – 33, jan. 1998.

APÊNDICE A - Termo de consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: **“A percepção de mulheres, em relacionamento estável, quanto à (sua) vulnerabilidade para contrair DST/HIV.”**

1. Esta pesquisa está sendo desenvolvida pela aluna do programa de Pós-graduação em enfermagem - Mestrado, sob orientação do Profº. Drº. Octavio Muniz da Costa Vargens.
2. Tem por objetivos descrever a percepção das mulheres com relacionamento estável quanto à sua vulnerabilidade para contrair DST e Aids e discutir as influências das relações de gênero na autopercepção das mulheres com relacionamento estável quanto à sua vulnerabilidade para contrair DST e Aids;
3. A sua participação neste estudo é voluntária. Mesmo que decida participar, tem plena liberdade para sair do estudo a qualquer momento, sem incorrer nenhuma penalidade.
4. Poderá fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de concordar em participar do estudo, ou a qualquer momento.
5. A investigação será conduzida pela técnica de entrevista e as respostas serão gravadas. A sua identidade será mantida como informação confidencial. Os resultados do estudo podem ser publicados, mas sua identidade não será revelada sem seu consentimento por escrito.
6. Poderá ter acesso aos resultados do estudo, caso os solicite e em caso de dúvida devo contactar com a mestrande Carla Marins Silva na Boulevard 28 de Setembro, 157 – 7º andar – Vila Isabel – Rio/RJ – cep: 20551-030 – tel.:2587-6335

Eu li e entendi todas as informações sobre este estudo e todas as minhas perguntas foram respondidas a contento. Portanto, consinto voluntariamente em participar deste estudo.

Nome da entrevistada:

Assinatura..... Local/ data.....

Nome do Pesquisador:

Assinatura Local/ data

APÊNDICE B – Roteiro da entrevista

Roteiro da Entrevista

Dados pessoais:

Nome (iniciais):

Idade:

Ocupação ou o que faz na UERJ:

Escolaridade:

Raça:

Religião:

Estado civil:

Renda:

Pergunta norteadora da pesquisa:

Você se considera uma mulher que está correndo o risco de contrair DST/Aids?

Fala-me um pouco sobre isso....

Temas a serem abordados na entrevista:

Você se considera em um relacionamento estável?

O que é para você um relacionamento estável?

Você se considera uma mulher que está correndo risco de contrair DST e Aids?

Você já teve alguma DST?

O que mudou na sua vida para você se sentir protegida hoje?

E as outras mulheres? Você acha que elas estão vulneráveis a contrair uma DST?

Você acha que as mulheres com relacionamento estável são mais vulneráveis do que as que não estão?

Você sabe como está o perfil da Aids neste momento?

APÊNDICE C: Demonstração da construção das categorias

TEMAS/ UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	Nº U.R	% U.R	CATEGORIAS	Nº UR POR CATEGORIA	% UR POR CATEGORIA
Sentimentos	21	4,6	<i>Caracterizando o relacionamento estável</i>	264	57,8 %
Confiança	65	14,3			
Fidelidade	60	13,2			
Comportamentos do casal	30	6,6			
Comportamentos do marido	23	5,0			
Segurança/ equilíbrio	10	2,2			
Compromisso	29	6,4			
Tempo de relacionamento	26	5,7			
Mulheres casadas	7	1,6	<i>Vulnerabilidade e Risco</i>	77	16,9%
jovens	6	1,4			
homossexuais	8	1,8			
idosos	6	1,4			
Com relacionamento estável	26	5,7			
Sem relacionamento estável	24	5,3			
(percepção de si) Tem consciência do risco	9	2,0	<i>Percepção de si e do outro no contexto da vulnerabilidade</i>	116	25,4%
Não utilizam preservativos	29	6,4			
Não podem controlar o parceiro	15	3,3			
Trabalha na área da saúde	4	0,9			
Pessoas tem o vírus e não sabem	1	0,3			
Outras formas de transmissão	5	1,1			
Não se percebem no risco	6	1,4			
Uso de preservativo	5	1,1			
(percepção do outro) não utilizam preservativos	21	4,6			
Não ter relacionamento estável	8	1,8			
Infidelidade feminina	2	0,5			
Falta de informação	8	1,8			
Doença do outro	3	0,7			
TOTAL	457	100			

QUADRO 2: Demonstrativo da construção de categorias na análise de conteúdo

ANEXO – Carta de aprovação do Comitê de Ética

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**



Rio de Janeiro, 12 de março de 2008

Do: Comitê de Ética em Pesquisa
Prof^a. Patrícia Maria C. O. Duque
Para: Aut. Carla Marins Silva
Orient. Prof. Octavio Muniz da Costa Vargens

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto, após avaliação, considerou o projeto (1969-CEP/HUPE) "A AUTOPERCEPÇÃO DE MULHERES COM RELACIONAMENTO ESTÁVEL QUANTO À SUA VULNERABILIDADE PARA CONTRAIR DST/AIDS" aprovado, encontrando-se este dentro dos padrões éticos da pesquisa em seres humanos, conforme Resolução n.º196 sobre pesquisa envolvendo seres humanos de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, bem como o consentimento livre e esclarecido.

O pesquisador deverá informar ao Comitê de Ética qualquer acontecimento ocorrido no decorrer da pesquisa.

O Comitê de Ética solicita a V. S^a., que ao término da pesquisa encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto.


Prof^a. Patrícia Maria C. O. Duque
Membro do Comitê de Ética em Pesquisa

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](#)