

Significados e práticas associados ao risco de contrair HIV nos roteiros sexuais de mulheres de um bairro popular de Salvador, Bahia, Brasil

Meanings and practices related to HIV risk according to the sexual scripts of women from a low-income neighborhood in Salvador, Bahia State, Brazil

Cristiane de Oliveira Santos ¹
Jorge Alberto Bernstein Iriart ¹

¹ Instituto de Saúde Coletiva,
Universidade Federal da
Bahia, Salvador, Brasil.

Correspondência
C. O. Santos
Instituto de Saúde Coletiva,
Universidade Federal
da Bahia.
Av. Sete de Setembro 1724,
apto. 401, Salvador, BA
40080-001, Brasil.
cristianeoliveira@gmail.com

Abstract

A growing number of studies have connected sexuality, gender, and power to discuss the increasing spread of HIV in women, but the epidemic still poses significant theoretical and programmatic challenges. The current study focuses on how cultural codes underlying sexual experience are manifested in women's subjectivity and orient their interpretations and practices related to the risk of HIV infection. In-depth interviews with 15 women ranging from 18 to 30 years of age led to the reconstitution of three life histories, focusing on their sexual scripts. The data were organized using the Nud-Ist software and submitted to hermeneutic analysis. The meanings and practices associated with HIV risk vary according to the moment in life, the sociability network, and the type of bond established with the partner. The findings point to the need to understand the shared sexual meanings in specific contexts, in order to develop more culturally sensitive prevention programs.

HIV; Sexual Behavior; Women

Introdução

As particularidades da vulnerabilidade feminina ao HIV/AIDS ganharam visibilidade somente a partir da segunda metade da década de 90, quando este novo aspecto da epidemia se tornou um relevante problema de saúde pública. Além do longo intervalo de tempo que a AIDS leva para se manifestar, ocasionando uma mudança no perfil da epidemia difícil de ser detectada num curto intervalo de tempo, alguns fatores de ordem científica, social e política parecem ter dificultado uma intervenção mais precoce frente à disseminação da epidemia entre mulheres.

A história da epidemia da AIDS ¹ mostra que, durante os primeiros anos, as mulheres não faziam parte dos “grupos de risco”, deslocamento discursivo da noção epidemiológica de “fator de risco” que acabou gerando estigmatização e baixa eficácia de ações preventivas ². Posteriormente, a categoria “comportamentos de risco” continuava distante da situação em que, de modo geral, as mulheres se encontravam. Além disso, a ameaça à conquista de autonomia sexual por parte das mulheres, bem como o risco de sujeição do exercício da sexualidade feminina ao controle masculino, eram fatores vistos como um retrocesso na agenda da luta feminista ³, cujos agentes são as principais responsáveis pelo avanço nas investigações (e intervenções) dos problemas que atingem as mulheres, sobretudo no campo da saúde ⁴.

A constatação de baixa efetividade das ações terapêuticas e preventivas no controle da disseminação do HIV/AIDS na primeira década da epidemia tem exigido muitos esforços científicos e programáticos, a fim de reverter o preocupante quadro atual. No Brasil, o advento da terapia anti-retroviral universalizada (a partir de 1996) e a progressiva (porém lenta) transformação dos programas de prevenção são apontados como fatores muito importantes na redução das taxas de mortalidade e na desaceleração do crescimento das taxas de incidência do HIV/AIDS. No entanto, tais tendências continuam sendo marcadas por fortes disparidades regionais, com quedas mais expressivas na Região Sudeste ⁵.

No particular da vulnerabilidade feminina ao HIV/AIDS, a baixa escolaridade, as iniquidades de gênero e as disparidades regionais são apontadas como seus principais condicionantes. A literatura ⁶ aponta maiores taxas de crescimento de incidência entre mulheres de baixa escolaridade e da Região Nordeste do Brasil, única região que apresenta uma discrepância significativa no crescimento das taxas de incidência em homens (123%) e em mulheres (405%). A dinâmica das relações de gênero também imprime nuances importantes à vulnerabilidade feminina ao HIV, sendo que a dificuldade das mulheres de negociação de práticas sexuais mais seguras e a constituição identitária de masculinidades e feminilidades são alguns dos aspectos das relações de gênero apontados pela literatura ^{7,8} que convergem para a singularidade da vulnerabilidade das mulheres ao HIV/AIDS.

As dificuldades de operar com determinantes sociais, econômicos, culturais e subjetivos, imprescindíveis para compreender as diferentes manifestações das epidemias do HIV e da AIDS, têm sido apontadas como um dos grandes entraves à formulação de campanhas de prevenção mais efetivas. A tradução de referenciais teóricos cognitivo-comportamentais ⁹ no subsídio de práticas de prevenção em HIV/AIDS reforçam essa dificuldade, uma vez que estão ancorados num modelo de pessoa racional ¹⁰. De acordo com esses modelos, o comportamento de saúde é predominantemente determinado pela conjugação do acesso à informação, motivação para a mudança e aquisição de habilidades comportamentais, mediados por avaliações cognitivas de eficácia das ações de saúde por parte dos indivíduos. Esses modelos, que orientaram parte significativa das ações educativas de prevenção para o fornecimento de informação, têm sido contundentemente criticados ^{11,12,13}, pelas concepções deficitária, individualista, racionalista e passiva dos sujeitos que eles supõem.

Apesar dos esforços realizados, ainda são muitos os desafios a serem enfrentados para o controle da epidemia do HIV/AIDS. A fim de contribuir para a superação desses desafios, analisamos, neste estudo, roteiros sexuais de mulheres de classes populares do Nordeste do Brasil, a fim de compreender como códigos sexuais culturalmente construídos orientam suas interpretações e práticas relativas ao risco de infecção pelo HIV.

O percurso de investigação

Consideramos o método qualitativo de orientação etnográfica o mais adequado para atender ao objetivo do estudo, uma vez que priorizamos, por meio da análise em profundidade de um número reduzido de casos, a investigação de diferentes nuances da experiência intersubjetiva, modulada pelos significados e práticas construídos culturalmente. Utilizamos a estratégia metodológica da história de vida ¹⁴, visando a dar relevo às interpretações que os atores têm de seu próprio comportamento e permitir análise da processualidade do fenômeno em questão, pouco acessível por metodologias mais estruturadas.

Utilizamos a perspectiva interpretativa da cultura de Geertz ¹⁵, que a define como um sistema simbólico, constituído por teias de significações construídas nas interações sociais em contextos culturais particulares. Tal perspectiva orienta o olhar do investigador para a interpretação das teias de significações que conformam a vida social. Parte-se do pressuposto de que a cultura é pública, sendo a interpretação antropológica mediada pela interpretação dos indivíduos sobre seu contexto cultural particular.

A discussão sobre risco neste trabalho é guiada pela intencionalidade de compreender os significados e práticas associados a esta noção no discurso social comum. Encontra âncora em algumas considerações que as ciências sociais têm feito sobre a polissemia que o acompanha ^{16,17}. Nesse sentido, o risco é uma construção que se dá nas relações dos indivíduos nas suas redes de sociabilidade, sendo que a proteção e exposição ao risco são legitimadas, valorizadas na dinâmica destas interações ¹⁸.

Também utilizamos o conceito de gênero proposto por Scott ¹⁹ (p. 86), que é definido como um “*elemento constitutivo de relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos*”, sendo concebido como um modo primordial de significação das relações de poder. Esse constructo compreende: um componente semântico, em que a cultura delimita, por meio de conceitos normativos, possibilidades metafóricas dos significados; o poder, que tenta dar conta do desafio

de romper com categorias fixas; e a construção de identidades de gênero, que são relacionais, isto é, masculino e feminino são definidos por referência um ao outro.

O contexto de realização desta pesquisa foi um bairro popular, aqui nomeado Mocambo, que enfrenta sérios problemas de infra-estrutura urbana, agravados pela ocupação desordenada das áreas de encosta. O desemprego constitui outro grave problema, atingindo uma parcela significativa dessa população. Além disso, o tráfico e o consumo de drogas aparecem como particularidades marcantes de sua dinâmica sócio-cultural, que, por sua vez, acirram, consideravelmente, a violência a que estão expostos os seus moradores, além de dificultar a organização social, já que ocasiona segregação nos espaços de convivência. Reunidos, esses elementos evidenciam uma vulnerabilidade social bastante acentuada para esse bairro, razão pela qual o escolhemos como universo de estudo.

A primeira fase do trabalho de campo, que visou a estabelecer maior proximidade com a comunidade e obter maior conhecimento da dinâmica sócio-cultural local, consistiu em conversas informais com os moradores, nas quais eles comentavam livremente os acontecimentos de seu cotidiano. Num segundo momento, realizamos a primeira entrevista com um roteiro introdutório, que nos ajudou na escolha de informantes-chave para a segunda fase da pesquisa, com os quais foram realizadas entrevistas em profundidade (4-5 por informante), que foram gravadas e transcritas.

Para seleção dos sujeitos entrevistados foi utilizada a técnica da "bola de neve" ²⁰, por meio da qual solicitávamos aos informantes com quem já tínhamos um vínculo que nos apresentassem outros moradores do bairro. Buscou-se, a partir de uma amostragem intencional, atingir a heterogeneidade do grupo social pesquisado, contemplando mulheres de diferentes faixas etárias, situação conjugal e inserções em diferentes redes de sociabilidade. Foram selecionadas 15 mulheres com idades entre 18 e 30 anos, com quem foram realizadas as entrevistas em profundidade, entre 2000 e 2001.

Buscou-se, através das narrativas das informantes, reconstruir os seus roteiros sexuais ²¹, desde a iniciação sexual até os relacionamentos atuais, abordando as diferentes formas de vivenciar a sexualidade e as práticas preventivas com relação ao HIV/AIDS, delineados sobre o pano de fundo das relações de gênero e do contexto sócio-cultural em que estão inseridos. Para apresentação neste trabalho, foram selecionados os casos de três mulheres com parceiros fixos, mas com arranjos afetivo-sexuais diferenciados, cujos

roteiros sexuais ilustram aspectos significativos e recorrentes das formas de vivenciar a sexualidade e lidar com o risco de contrair o HIV/AIDS entre as entrevistadas. Elas são: (1) uma mulher jovem, 22 anos, separada, ex-usuária de drogas, com parceiro fixo atualmente, mas sem conjugalidade; (2) uma mulher casada, 30 anos, dona-de-casa; (3) uma mulher jovem, casada, 19 anos, estudante.

Os dados foram organizados com o auxílio do programa Nud-Ist 5.0 (QSR International Pty. Ltd., Melbourne, Austrália) e submetidos à análise de base hermenêutica, que envolve, em linhas gerais, um trabalho de seleção de unidades temáticas e interpretação das redes de significação articuladas ao contexto cultural em questão. Dessa forma, exige que estejamos atentos às negociações de sentido implícitas nos encontros com os informantes, de modo que consideremos o que está subsumido no texto como aquilo que o movimenta; que silêncios e metáforas constituem pontos a serem elucidados ou preenchidos, com o auxílio das interpretações dos informantes; e que o desafio é constituir uma interpretação de segundo nível que possa capturar a interseção entre a narrativa pessoal e o idioma cultural ²². Após a construção e análise preliminar do banco de dados, foram construídas as categorias de análise, tendo sido selecionadas para a reconstituição dos roteiros sexuais: significados associados à experiência sexual; contextos de exposição/proteção aos riscos; sentidos atribuídos ao risco de contrair HIV/AIDS e estratégias de prevenção.

Foram observados os princípios éticos que constam da *Resolução nº. 196/96* do Conselho Nacional de Saúde. Os sujeitos foram informados sobre os objetivos da investigação e conscientizados sobre a importância de seus depoimentos. Foram informados sobre o número de entrevistas (3-4), nas quais seriam convidados a falar sobre sua experiência acerca dos tópicos contidos nos roteiros semi-estruturados, impressos e disponíveis para consulta. Assegurou-se o direito dos informantes de interromper a participação na pesquisa. Suas respostas, utilizadas apenas para finalidades acadêmicas, foram mantidas em sigilo e sob anonimato. Ao final do trabalho, foi feita uma devolução dos achados do estudo aos informantes na sede do conselho de moradores do bairro, por meio de estratégias de educação em saúde mais sensíveis ao universo dos informantes (dramatizações com pequenos *sketches*, seguidas de diálogo). Além disso, um projeto de intervenção ²³ dirigido a essa população foi conduzido por integrantes da equipe de pesquisa.

Tão longe, tão perto: as ressignificações do risco na alternância de redes de sociabilidade

Ana é uma jovem mulher de 22 anos, cabeleireira, desempregada, com baixa escolaridade. Ana já vivenciou uma união conjugal, da qual existe uma filha de três anos. Atualmente, tem um parceiro fixo, mas não moram juntos. Reside com a mãe e os irmãos, e faz biscoitos para ajudar nas despesas da família, forçosamente matrifocal após a morte precoce do pai.

Sua iniciação sexual aconteceu aos 17 anos, quando a vinculação da experiência sexual com o amor e o sentimento de segurança advindo do relacionamento naquela ocasião fazia com que preocupações com o risco de contrair DST/AIDS não fossem cogitadas. A intrínseca ligação que fazia do sexo com o afeto complexifica as expectativas de obtenção de prazer que, além de físico, está associado ao vínculo como um todo. A descoberta do prazer se deu de maneira processual, sendo que foi a partir da própria experiência e das trocas simbólicas com outras mulheres que os signos do prazer foram sendo reconhecidos.

Após a ruptura do primeiro relacionamento, conhece o homem de quem engravida no primeiro mês, passando, então, a viver na casa da família dele. A sensação de imunidade ao risco de contrair HIV/AIDS permanecia neste vínculo. É somente a partir do fim do relacionamento estável que essa crença, na qual ela se sustentava, começa a ser abalada. Poderíamos demarcar aí uma primeira cisão no seu modo de se colocar diante do risco de contrair HIV/DSTs.

Naquele momento de sua trajetória, Ana começa a fazer uso de cocaína aspirada e passa a se relacionar sexualmente com membros desta rede de sociabilidade, à qual ela associa fortemente o risco de contrair HIV. Nos rituais de consumo de drogas que ocorrem no bairro, há um acordo tácito que parece regular o seu consumo entre homens e mulheres que partilham de seus códigos: quando a mulher aceita a “presença” (ato de disponibilizar a cocaína para ser consumida) colocada por um homem, ela está implicitamente se comprometendo a manter relações sexuais com ele. Isso ocasiona, por sua vez, uma troca de parceiros muito freqüente. A reprovação social, explicitada em designações como “a mulher do pó”, “bavária”, “mulher da madrugada”, emerge a partir dessa confluência do consumo de drogas e sua vinculação com a sexualidade.

Seus relacionamentos de então não adquirem o estatuto de “estabilidade”, condição que até então mantinha a questão da AIDS como algo distante dela. As circunstâncias dos encontros sexuais envolviam um estado alterado de consci-

ência promovido pelo uso de substâncias psicoativas, no qual o risco era negligenciado. Tudo isso era rememorado com grande ansiedade e culpa.

“Eu bebia muito, usava muita droga (...) às vezes eu me deparava com pessoas assim (...) na hora assim não vinha não, mas depois eu ficava imaginando: ‘meu Deus... e se eu tiver contaminada?’ (...) eu me arrependia, eu chorava, eu entrava assim numa depressão horrível!”.

Como estratégia para enfrentar o temor de estar contaminada, Ana se punha a fazer uma avaliação, *a posteriori*, na qual reconstituía os possíveis fatores de risco, mapeados nos comportamentos do parceiro. O fragmento abaixo se refere a uma situação concreta de sexo desprotegido, em que estão explicitados os cálculos de risco empreendidos por ela, que salientam a multiplicidade de parceiros e o uso de drogas injetáveis como os comportamentos de risco por excelência na sua percepção.

“Nesse dia, eu estava tão drogada! (...) Mas o cara tinha a mulher dele mesmo e, segundo, eu era aquela amante mesmo fixa dele. Aí fiquei preocupada (...) e ele também não usava droga injetável, nem nada. O negócio dele era mais a maconha do que a cocaína. (...) mas como eu tava sempre no ginecologista (...) se eu tiver alguma coisa eu vou sentir, né?”.

A inserção de Ana numa cultura de drogadição também ocasionou uma proximidade muito grande com a violência intensa que ocorria no bairro. Frente ao medo, ela começou a se interrogar sobre os riscos aos quais se expunha. Foi um momento em que se aproximou de um grupo que trabalhava com prevenção de DST/AIDS no bairro. A decisão de fazer o teste de sorologia anti-HIV representa um momento que marca uma ressignificação do risco na sua trajetória. Diante de uma mudança já em curso, o resultado negativo do teste foi interpretado como um “sinal de alerta”, um propulsor de uma mudança de posição subjetiva. Nos seus encontros eventuais, Ana passou a exigir o uso do preservativo como condição para manter relações sexuais, circunstâncias em que não se sentia vinculada às prerrogativas dos relacionamentos estáveis, quer dizer, à confiança e ao amor.

O contexto do relacionamento atual não se configura como arriscado para Ana, sendo feita uma aposta na fidelidade como recurso de proteção. Dessa forma, a camisinha é utilizada apenas como método contraceptivo adicional, sendo que a negociação do seu uso sequer é colocada, uma vez que é tida como desnecessária. Com a construção de um novo vínculo estável, observamos que houve o restabelecimento de uma estratégia de proteção utilizada anteriormente em condições similares.

“A AIDS é inevitável”: a hierarquização dos riscos

Maria, 30 anos, é uma mulher casada há seis e tem uma filha de dois anos desta união. Mora em uma pequena casa, numa das regiões mais pobres e violentas do bairro, com uma numerosa família de 11 pessoas. Próximos à sua casa, residem ainda mais dois irmãos com suas famílias. Ela se auto-refere como a pessoa central nas decisões importantes da casa. Maria estudou até o 2º ano do 2º grau, tendo abandonado a escola por ocasião do adoecimento e morte de sua mãe.

A ameaça de confrontos entre polícia e traficantes (ou entre grupos rivais) é constante. No entanto, como os riscos estão postos para todos que ali habitam, parece haver alguma aceitação desse estado de coisas. A banalização da violência serve como estratégia de enfrentamento deste cotidiano repleto de riscos urgentes. A metáfora da “pressão”, traduzida pela expressão “12 por 8” utilizada para fazer referência ao clima do bairro, nos dava uma noção da tensão cotidiana com a qual conviviam aqueles sujeitos. No caminho para a casa de Maria, há um muro em que estão representadas por cruzeiros as pessoas que foram assassinadas naquele local.

Ao longo de sua trajetória sexual, na qual refere ter tido dois parceiros, Maria afirma jamais ter utilizado preservativo. Em primeiro lugar, o risco para ela está mais fortemente associado à multiplicidade de parceiros, ao uso de drogas e à homossexualidade, sentidos bastante presentes no discurso do começo da epidemia da AIDS e com os quais ela, na condição de mulher com poucos parceiros, atualmente casada e monogâmica, não se identifica.

É no âmbito da conjugalidade que emerge a categoria central na interpretação do risco por Maria: a “confiança”, que possui múltiplas inserções nesse sistema de significação. Por um lado, representa um valor privilegiado no relacionamento e está associada à proteção. Mas, ao mesmo tempo, a confiança é também percebida como um fator que vulnerabiliza, pois coloca em suspenso qualquer possibilidade de estar numa posição de suspeição em relação ao outro, implicando, portanto, a não adoção de medidas preventivas.

“Aí cria uma confiança, aí pronto: ‘vamo no careca mermo’. Então o que acontece: às vezes, a pessoa não sabe que tá com ela, passa a ter relação e contamina outra pessoa. (...) Não tem como evitar essa doença, porque a pessoa adquire uma alta confiança com o parceiro”.

Num outro plano, a confiança é significada menos como a crença de não ser traída pelo par-

ceiro do que a de que ele não a exporia ao risco de contrair HIV. Diante do impasse colocado entre a necessidade de proteção e a manutenção do relacionamento sobre a égide da confiança, o imperativo “use com as outras” é representativo da posição assumida por ela, sendo que se manter monogâmica designa a sua parte no pacto conjugal. Essa posição reafirma a distinção identitária entre a “mulher de casa” e a “mulher da rua”, refletindo uma tentativa de manter a vida conjugal e familiar protegida das “impurezas” que podem ser trazidas da rua pelo marido. Nessa direção, a camisinha é percebida como o marcador de espaços que não deveriam ser confundidos, sob pena de desestabilizar as posições de gênero estabelecidas.

Um outro aspecto associado aos impedimentos à adoção de medidas de prevenção às DSTs/AIDS diz respeito ao desejo de usufruir do contato corpóreo sem mediações, sendo a camisinha percebida como um entrave à realização do mesmo. Esse desejo expressa uma lógica na qual está presente também uma representação do prazer masculino como intensificado a partir da afirmação da virilidade.

“...Eu acho que (...) pelo que eu vejo assim, eu acho que a camisinha não empata em nada. Só o prazer de que ele não coloca o esperma dentro da mulher, que o prazer do homem, eu acho que é isso, é colocar o prazer dentro da mulher, entendeu?”.

A decisão de usar preservativos nas relações sexuais é adiada para um futuro relacionamento, no qual a lógica do desconhecido se efetiva. Nesse particular, ela enuncia valores como autocuidado, amor próprio, que se conjugam com a proteção, conformando uma projeção individual sobre a condição marital. Na situação idealizada, a questão da negociação do preservativo e o conhecimento do estado sorológico do parceiro são algumas das preocupações relativas ao relacionamento que deverão ser postas na pauta de negociações com o futuro parceiro.

Negociando sexo seguro e autonomia

Joana tem 19 anos, está casada há dois e tem uma filha desta união. É estudante secundarista (3º ano/2º grau). A dinâmica de sua vida conjugal é marcada por uma divisão de responsabilidades bastante tradicional, em que a ela cabe o cuidado com a casa e a família e, ao marido, a sua manutenção financeira. Trata-se de uma relação bastante assimétrica, na qual é o marido quem concentra o poder de decisão sobre os rumos da vida familiar e tenta controlar as decisões pessoais de Joana. No entanto, essa relação de subordinação

não é vista como “natural” por ela, que demanda uma relação mais igualitária, na qual seus anseios e projetos pessoais possam ser realizados.

Sua iniciação sexual se dá quando ela vai morar com o namorado, primeiro e único parceiro até então, quando tinha 17 anos. Na sua vida conjugal, diz manter relações sexuais apenas para satisfazer o marido, negligenciando a obtenção da própria satisfação erótica, o que é atravessado por expressivo sofrimento e culpa. Observamos que suas explicações para o seu embaraço com o prazer sexual oscilam de uma culpabilização subjetiva para a responsabilização do parceiro, imputada pela priorização do próprio prazer. A dúvida (e a culpa daí decorrente) sobre o amor pelo companheiro reafirma o caráter relacional da vivência sexual feminina.

É a partir dessa dinâmica conjugal que Joana se situa em relação à sua proteção. Suas preocupações com DSTs/AIDS começaram quando ela engravidou, momento em que a camisinha se tornou bastante relevante para ela. Vulnerável diante da possibilidade de que o marido venha a ter outras parceiras, provavelmente uma suspeita reforçada pela dificuldade de instaurar uma vivência sexual mais prazerosa, ela passa a exigir do parceiro o uso do preservativo. De difícil negociação, a camisinha é percebida como um entrave à obtenção do prazer ejaculatório e como fonte de desconfiança mútua, pelo menos sob o olhar que ela tem diante das expectativas do marido, mas diante da qual ela diz geralmente não recuar.

“Eu estava grávida quando eu comecei a usar camisinha, mas ele não gostava (...). Mas sem camisinha não dá. Ele reclama: ‘eu não tenho mulher na rua’. Mas eu digo: ‘não, mas eu quero a camisinha!’ (...) sei lá (...). Ele vai em ‘pilha’ de amigo, pega uma mulher, ela pode não tá com AIDS, mas pode tá com alguma DST, e aí já transmite pra mim, né?”

Apesar da valorização presente no discurso de Joana acerca do uso do preservativo, ele está inserido numa teia de significação que oscila entre a segurança e a insegurança. Nesse sentido, a crença na possibilidade de proteção contra o HIV se torna vacilante, emergindo, a partir daí, uma série de situações hipotéticas que confirmariam uma vulnerabilidade generalizada ao seu contágio.

“Acho que a forma de se proteger contra a AIDS é não tendo relação com ninguém [risos] (...) pode acontecer ela sofrer um acidente e usar um sangue não testado na transfusão e ela pegar do mesmo jeito. Acho que ninguém tá livre de pegar AIDS, entendeu? (...) A camisinha estoura e você pode pegar AIDS...”

Joana nos revela algumas estratégias para negociar o uso da camisinha com o marido, que as mulheres utilizam para lidar com a assimetria de poder que permeia essas relações. A primeira delas é ameaçar recusar-se a manter relações sexuais com ele, caso ele se negue a utilizar o preservativo. Outra estratégia utilizada por Joana é adotar a camisinha como único método contraceptivo, o que a torna mais tolerável pelo marido, já que esta é a única função legítima para este dispositivo no âmbito conjugal. Nesse contexto, observamos que a cristalização de uma assimetria de poder geralmente favorável à dominação masculina é provisoriamente abalada, já que o lugar que o sexo ocupa diferencialmente para homens e mulheres conforma uma reversão temporária e sutil do fluxo de poder na direção feminina.

Discussão

Com base nos roteiros sexuais analisados, observamos que os significados associados ao risco de contrair HIV variam a depender do momento da vida, do vínculo que se estabelece com o parceiro e da dinâmica das redes de sociabilidades nas quais se está inserido. O risco é uma categoria que, no discurso social comum, é ressignificada ao longo da vida dos indivíduos e nos contextos particulares de cada grupo social, por meio de interações intersubjetivas e sócio-culturais concretas. Essas observações são consistentes com a taxonomia popular dos riscos proposta por Kendall²⁴, com destaque aqui para os “riscos adicionais”, estratificados de acordo com o perigo e urgência; “riscos institucionalizados”, percebidos como normais pelo grupo em questão; e os “riscos negociados”, construídos nos pactos micropolíticos entre os indivíduos.

A AIDS ocupa um lugar no espectro de preocupações das mulheres com a saúde. No entanto, observamos que os riscos são postos numa hierarquia, refletindo uma tentativa de enfrentamento das condições adversas vividas cotidianamente. Violência, desemprego, dificuldade de acesso a bens e serviços – dentre eles, os serviços de saúde e educação – explicitam riscos que acabam superando as preocupações com o risco de contrair HIV/AIDS.

No âmbito da vida conjugal, vimos que a hierarquização dos riscos se manifesta pela tentativa de não abalar os termos do pacto amoroso em função do risco de contrair HIV/DSTs. Observamos que a afirmação “a AIDS é inevitável” (caso Maria) é justificada pelo fato de que os acordos conjugais tornam-se mais importantes do que o autocuidado. Prevenção e vida conjugal parecem

operar em registros distintos, sendo que a primeira é vista, freqüentemente, como ameaça da segunda. Simões-Barbosa²⁵ identifica que o risco da perda da identidade social dada pela possibilidade do rompimento com os vínculos afetivos, sexuais, além de materiais, é o mais importante para essas mulheres, de modo que o risco individual seria mitigado diante da necessidade de preservação destas condições.

Os achados acerca da importância da categoria “confiança” na rede simbólica em torno do risco de contrair HIV estão em consonância com o que vem sendo discutido na literatura. A incompatibilidade entre a racionalidade preventiva e a sócio-afetiva tem sido inversamente relacionada ao grau de intimidade. Além disso, alguns destes “cálculos” – tempo de relacionamento, tipo de pessoa – são realizados para inferir confiança e monogamia, o que contribui para uma falsa sensação de segurança²⁶.

O medo de suscitar desconfiança também acomete as mulheres nas suas ponderações sobre a adoção de medidas preventivas. Esse temor revela o desejo de preservar o relacionamento dos riscos de dissolução, mas também de sustentar uma identidade social na qual a “dupla moral” é necessária à afirmação da masculinidade e nefasta à identidade feminina²⁷. Esta, por sua vez, ancora-se nas imagens de boa mãe e esposa, mas não de sujeito sexual.

As exigências que a epidemia da AIDS trouxe para a intimidade parecem ir de encontro aos princípios de constituição dos relacionamentos sexuais no universo feminino, marcados por um modo de vivenciar o sexual englobado pelo ideal de plenitude amorosa. Nele, a entrega total e o desejo de fusão com o outro, simbolizados no ato sexual, chocam-se com a prescrição normativa do uso do preservativo, que representa uma barreira simbólica na qual a “desconfiança”, avessa ao pacto amoroso, é colocada. Dessa forma, o discurso do “sexo seguro” parece encontrar uma ressonância instável dentro dessa ordenação simbólica. Estas observações podem ser verificadas com grande freqüência em contextos de outros estudos^{28,29}.

Pudemos observar ainda que a assimetria de poder verificada na relação entre homens e mulheres convive (não sem conflitos) com estratégias cotidianas e sutis de subversão, ainda que temporárias, da assimetria de poder, por parte das mulheres. Esse achado fortalece a análise que Barbosa³⁰ detidamente fez sobre os elementos que estão em jogo nas trocas conjugais, que ultrapassam a díade possuidor-posse, em que o sexo representa um eixo em torno do qual se movem as negociações cotidianas entre homens e mulheres. Mane & Aggleton³¹ descrevem di-

versas estratégias para influenciar suas relações sociais e sexuais com os homens no âmbito da comunicação e negociação sobre sexo, constatando que, embora geralmente as mulheres não pudessem falar sobre sexo abertamente com seus companheiros, elas o faziam de maneira mais sutil, através de gestos ou empregando códigos culturais.

Inverter a perspectiva analítica do estabelecimento das relações políticas em saúde no âmbito do gênero aparece como uma saída promissora tanto para o avanço do campo teórico, quanto para a própria luta contra a opressão feminina, mais do que reificá-la por um discurso que acaba por reproduzir a estrutura que se quer contestar. Parece-nos proveitoso pensar as possibilidades de implementação de práticas seguras, tomando como ponto de partida estratégias já utilizadas pelas mulheres para lidar com essa disposição cultural de dominação masculina.

No contexto popular em questão, constatamos que uma visão tradicional dos papéis de gênero vem sofrendo um processo de “desnaturalização”, ainda que de modo bastante gradativo. Da lógica hierárquica que regula as relações de gênero, vimos que demandas por transformações na dinâmica destas relações começam a se esboçar. Podemos inferir a existência de uma “pluralidade de mundos”³² no contexto das classes populares que nos leva a pensar numa hibridização destes modelos culturais. Essa questão merece ser mais apropriadamente investigada, já que pode fornecer pistas para pensar o desenvolvimento de novos arranjos no discurso da prevenção destinado às mulheres.

Considerações finais

Muitos esforços têm sido empreendidos na tentativa de dar conta dos desafios teóricos, metodológicos e programáticos que a epidemia do HIV/AIDS impõe. Por ser uma doença que incide sobre a sexualidade, dimensão humana historicamente sacralizada e atravessada por feixes políticos, sua abordagem tem freqüentemente se deparado com a tensão entre a justificativa da valorização da saúde e o desafio de evitar a normalização excessiva ou ideologizada das condutas sexuais.

Este estudo, por ter utilizado o método de base etnográfica – numa investigação intensiva, mas reduzida em tamanho da amostra –, não tem a pretensão de generalização dos seus achados. No entanto, vimos que as temáticas aqui discutidas encontram ressonância na literatura de referência, de modo que os casos mostrados trazem elementos que são emblemáticos das vicissitudes

da vulnerabilidade das mulheres ao HIV/AIDS. Outro aspecto que traz limites à investigação é a escolha da história de vida como estratégia metodológica, pois, apesar dos ganhos analíticos e processuais que ela nos proporciona, seu potencial para cruzamento entre narrativas de um número maior de mulheres é limitado.

Baseando-se na consideração de que as desigualdades sociais intensificam a vulnerabilidade à AIDS, deve-se avançar na criação de mecanismos para que as políticas de prevenção neste âmbito possam ser pensadas a partir de uma perspectiva intersetorial. Simultaneamente, as iniciativas de fortalecer parcerias entre os serviços de saúde devem ser incentivadas, de modo a

oportunizar os esforços de atenção que possam atuar em sinergia, a fim de garantir melhor acesso aos serviços de saúde, qualidade do atendimento e integralidade na atenção.

As intervenções guiadas por uma aposta nas transformações conseguidas a partir de relativizações simbólicas, realizadas com uma abordagem culturalmente sensível, devem ser incentivadas. Com efeito, poderemos estar mais atentos em nossos anseios de transformação social para o perigo de fazermos como Hygeia de Klimt (http://www.artchive.com/artchive/K/klimt/klimt_medicine.jpg.html, acessado em 02/Jan/2007) alheia aos embarços humanos com a vida, a morte e o sexo.

Resumo

Um crescente número de estudos tem conectado sexualidade, gênero e poder para discutir a crescente disseminação do HIV entre mulheres. Apesar dos esforços realizados, ainda são significativos os desafios teóricos e programáticos que a epidemia impõe. O objetivo deste trabalho é investigar como códigos culturais que sancionam a experiência sexual se manifestam na subjetividade de mulheres e orientam suas interpretações e práticas relativas ao risco de infecção pelo HIV. A partir de uma amostra de 15 mulheres com idades entre 18 e 30 anos, com quem foram realizadas entrevistas em profundidade, foram reconstituídas três histórias de vida, que focalizavam seus roteiros sexuais. Os dados foram organizados pelo programa Nud-Ist e submetidos à análise de base hermenêutica. É possível notar que os significados e práticas associados ao risco de contrair o HIV variam a depender do momento de vida, da rede de sociabilidade e do tipo de vínculo que é estabelecido com o parceiro. Os achados apontam para a necessidade de compreender os significados sexuais partilhados em contextos específicos, a fim de que se possa elaborar programas de prevenção culturalmente mais sensíveis.

HIV; Comportamento Sexual; Mulheres

Colaboradores

C. O. Santos participou do planejamento do trabalho de campo, da coleta, tabulação e análise dos dados, redigiu o artigo. J. A. B. Iriart coordenou o grupo de pesquisa, participou do trabalho de campo, da discussão dos dados e da revisão do artigo.

Agradecimentos

Os autores agradecem à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) pelas respectivas concessões de bolsa de mestrado e de Produtividade em Pesquisa 3 à primeira autora. À Coordenação Nacional de DST e AIDS (CNDST/AIDS) e à Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), pelo financiamento do projeto coordenado pelo segundo autor, orientador do trabalho de mestrado supracitado.

Referências

- Parker R, Galvão J, organizadores. Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará/Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS/Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1996.
- Ayres JR, França Jr. I, Calazans G, Saletti-Filho H. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: Barbosa RM, Parker R, organizadores. Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/São Paulo: Editora 34; 1999. p. 49-72.
- Barbosa RM. Feminismo & AIDS. In: Parker R, Galvão J, organizadores. Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará/Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS/Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1996. p. 153-66.
- Aquino EML. Gender and health: profile and trends of the scientific production in Brazil. *Rev Saúde Pública* 2006; 40(N Esp):121-32.
- Dourado I, Veras MA, Barreira D, Brito AM. Tendências da epidemia de AIDS no Brasil após a terapia anti-retroviral. *Rev Saúde Pública* 2006; 40:9-17.
- Brito AM, Castilho EA, Szwarcwald CL. Regional patterns of the temporal evolution of the AIDS epidemic in Brazil following the introduction of anti-retroviral therapy. *Braz J Infect Dis* 2005; 9:9-19.
- Villela W. Prevenção do HIV/AIDS, gênero e sexualidade: um desafio para os serviços de saúde. In: Barbosa RM, Parker R, organizadores. Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/São Paulo: Editora 34; 1999. p. 199-213.
- Vermelho LL, Simões-Barbosa RHS, Nogueira SA. Mulheres com AIDS: desvendando histórias de risco. *Cad Saúde Pública* 1999; 15:369-79.
- Young A. When rational man falls sick: an inquiry into some assumptions made by medical anthropologists. *Cult Med Psychiatry* 1981; 5:317-35.
- Fisher J, Fisher W. The information-motivation-behavioral skills model of AIDS risk behavior change: empirical support and application. In: Oskamp S, Thompson S, editors. Understanding and preventing HIV risk behavior: safer sex and drug use. Thousand Oaks: Sage Publications; 1996. p. 100-27.
- Castiel LD. Crime e castigo: risco e prevenção do HIV/AIDS. In: Castiel LD, organizador. Moléculas, moléstias, metáforas: o senso dos humores. São Paulo: Unimarco Editora; 1996. p. 81-100.
- Ayres JRM. Práticas educativas e prevenção de HIV/AIDS: lições aprendidas e desafios atuais. *Interface Com Saúde Educ* 2002; 6:11-24.
- Paiva V. Sem mágicas soluções: a prevenção e o cuidado em HIV/AIDS e o processo de emancipação psicossocial. *Interface Com Saúde Educ* 2002; 6:25-38.
- Becker HS. Métodos de pesquisa em ciências sociais. 4ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 1999.
- Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1979.
- Spink MJP. Tópicos do discurso sobre risco: risco-aventura como metáfora na modernidade tardia. *Cad Saúde Pública* 2001; 17:1277-311.
- Deslandes SF, Mendonça EA, Caiaffa WT, Doneda D. As concepções de risco e de prevenção segundo a ótica dos usuários de drogas injetáveis. *Cad Saúde Pública* 2002; 18:141-51.
- Douglas M. Risk and blame: essays in cultural theory. London/New York: Routledge; 1994.
- Scott J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade* 1995; 20:71-99.
- Atkinson R, Flint J. Accessing hidden and hard-to-reach populations: snowball research strategies. *Social Research Update* 2001, 33. <http://www.soc.surrey.ac.uk/sru/SRU33.html> (acessado em 02/Fev/2007).
- Simon W, Gagnon J. Sexual scripts: origins, influences and changes. *Qual Sociol* 2003; 26:491-7.
- Bibeau G, Corin E. From submission to the text to interpretive violence. In: Bibeau G, Corin E, editors. Beyond textuality: asceticism and violence in anthropological interpretation. Berlin/New York: Mouton de Gruyter; 1995. p. 3-54.
- Iriart J, Lima M, Lobão L. Cultura, gênero e poder: a construção participativa da prevenção das DSTs/AIDS e do uso de drogas em dois bairros populares de Salvador. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2001.
- Kendall C. The construction of risk in AIDS control programs: theoretical bases and popular responses. In: Parker RG, Gagnon JH, editors. Conceiving sexuality – approaches to sex research in a postmodern world. London/New York: Routledge; 1995. p. 249-58.
- Simões-Barbosa RH. AIDS & saúde reprodutiva: novos desafios. In: Giffin K, Costa SH, organizadoras. Questões da saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999. p. 281-98.
- Chin D. HIV-related sexual risk assessment among Asian/Pacific Islander American women: an inductive model. *Soc Sci Med* 1999; 49:241-51.
- Hebling EM, Guimarães IRF. Women and AIDS: gender relations and condom use with steady partners. *Cad Saúde Pública* 2004; 20:1211-8.
- Amorim MM, Andrade NA. Relações afetivo-sexuais e prevenção contra infecções sexualmente transmissíveis e AIDS entre mulheres do Município de Vitória - ES. *Psicol Estud* 2006; 11:331-9.
- Praça NS, Gualda DMR. Risco de infecção pelo HIV: como mulheres moradoras em uma favela se percebem na cadeia de transmissão do vírus. *Rev Latinoam Enfermagem* 2003; 11:14-20.
- Barbosa RM. Negociação sexual ou sexo negociado? Poder, gênero e sexualidade em tempos de AIDS. In: Barbosa RM, Parker R, organizadores. Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/São Paulo: Editora 34; 1999. p. 73-88.

31. Mane P, Aggleton P. Gênero e poder: comunicação, negociação e preservativo feminino. In: Barbosa RM, Parker R, organizadores. Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/São Paulo: Editora 34; 1999. p. 215-28.
32. Vaistman J. Pluralidade de mundos entre mulheres urbanas de baixa renda. *Estudos Feministas* 1997; 5:303-19.
-
- Recebido em 06/Abr/2006
Versão final reapresentada em 03/Mai/2007
Aprovado em 22/Mai/2007