

Saúde sexual e reprodutiva com enfoque na transmissão do HIV: práticas de puérperas atendidas em maternidades filantrópicas do município de São Paulo

Sexual and reproductive health focused on the HIV transmission: the postpartum women' practices in maternities of São Paulo city

Neide de Souza Praça ¹

Maria do Rosário Dias de Oliveira Latorre ²

¹ Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica. Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo. Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419. São Paulo, SP, Brasil. CEP: 05.403-000
E mail: ndspraca@usp.br

² Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade São Paulo

Abstract

Objectives: to classify puerperas admitted in two charity maternities in the municipality of São Paulo according to social and demographic data, sexual and reproductive health behavior, information and practices related to AIDS.

Methods: descriptive, exploratory study with 384 puerperas interviewed during hospital stay. Descriptive statistics was used.

Results: 85% of the women initiated sexual intercourse during adolescence; 48% were illiterate or had dropped out of elementary school; 60% were from families with incomes below five minimum wages; 71% were catholic and 78% lived with their partners out of wedlock; 84% submitted to anti-HIV test, but 61% did not change the behavior related to AIDS epidemic.

Conclusions: the risk to HIV exposure was established because of the following factors: reduced number of women adopting safe sex procedures, women not having information on their partners behavior outside their home; early sexual initiation, Papanicolaou tests rarely performed, presence of STD and drug use. Cultural factors influence this situation as well as attitudes related to prevention and health control.

Key words *Womens's health, Acquired Immunodeficiency Syndrome, Reproductive medicine, HIV*

Resumo

Objetivos: caracterizar puérperas internadas em duas maternidades filantrópicas no município de São Paulo, quanto às características sócio-demográficas, comportamento para promoção da saúde sexual e reprodutiva, e informações e práticas relacionadas à AIDS.

Métodos: estudo descritivo, exploratório, com 384 puérperas entrevistadas durante a internação. Utilizou-se estatística descritiva.

Resultados: 85% da amostra iniciaram o relacionamento sexual na adolescência; 48% eram analfabetas ou possuíam o primeiro grau incompleto; 60% tinham renda familiar inferior a cinco salários mínimos; 71% eram católicas e 78% viviam em união consensual. Quando grávidas, 65% iniciaram consulta pré-natal no primeiro trimestre; 84% submeteram-se ao teste anti-HIV; 70% acreditavam na fidelidade do parceiro, 56% nunca usaram preservativo e 61% não modificaram seu comportamento em função da epidemia de AIDS.

Conclusões: O risco de exposição ao HIV mostrou-se presente pelo reduzido número de mulheres que adotavam medidas de sexo mais seguro, desconhecimento do comportamento do parceiro fora do lar, início precoce do relacionamento sexual, pouca abrangência da cobertura do Papanicolaou, presença de DST e uso de drogas. Fatores culturais influenciam esta situação, bem como atitudes na prevenção e no controle da própria saúde.

Palavras-chave *Saúde da Mulher, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, Saúde reprodutiva, HIV*

Introdução

Atualmente, no Brasil, os estudos da relação entre AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome) e mulher mostram características culturais influenciando a cadeia de transmissão do HIV (Human Immunodeficiency Virus).

Os dados epidemiológicos reiteram estes achados ao apresentarem como principal categoria de exposição ao HIV em mulheres maiores de 13 anos, no Brasil, o contato sexual, em especial a relação heterossexual (65,8%), sendo que as mulheres usuárias de drogas injetáveis representam 13,6% dos casos.¹

A constatação de que toda a sociedade está envolvida no risco de transmissão do HIV contribui para o aumento de preocupação sobre as relações heterossexuais, principalmente quanto às práticas sexuais entre casais com união estável.²

Embora o uso do preservativo seja vital para reduzir o risco de transmissão do vírus pela via sexual, cabe ao casal adotá-lo. Entretanto motivado por crenças e valores próprios de sua cultura pode deixar de fazê-lo, contribuindo para a expansão da doença.

Nos relacionamentos heterossexuais, as mulheres, em sua maioria, tendem a manter relações exclusivas com seus parceiros, embora a recíproca nem sempre seja verdadeira. Chama a atenção o perigo dessa forma de se ver no relacionamento com o parceiro, pois, por acreditar em sua exclusividade como parceira sexual, não o percebem como risco para a infecção pelo HIV.³

Outro fator a considerar é que, atualmente, no Brasil, é característica da maioria das mulheres infectadas ter parceiro sexual exclusivo e família constituída.²⁻⁴

São relevantes também os fatos encontrados na literatura, os quais mostram que o envolvimento da mulher em situações de risco para infecção pelo HIV independe das informações que possui sobre AIDS.⁵⁻⁷

Os dados acima nos levam a considerar os aspectos culturais envolvidos na transmissibilidade do vírus da AIDS pela via sexual. Encontramos, na literatura, estudos que se referem às dificuldades da mulher em encontrar respaldo social para interpelar os parceiros sobre questões referentes à segurança e à saúde.²

Este aparente desinteresse pela preservação de sua saúde é justificado pela característica da cultura sexual brasileira que considera diferentemente a natureza do homem e da mulher.³ Os autores afirmam também que neste aspecto, a mulher sente-se submetida à impetuosidade, ao gosto pela aventura e pelo prazer e à objetividade masculinos. A sensibilidade feminina, por outro lado, constitui-se em fator

afetivo que caracteriza-se pela passividade e pela paciência.^{2,3}

Nosso estudo anterior, com abordagem qualitativa, mostrou que as mulheres moradoras em uma favela da região do município de São Paulo não discutem com seus companheiros temas sobre sexualidade. Há uma crença desta mulher de que o parceiro lhe comunicará caso venha a manter relacionamento com outra(s) mulher(es) fora de casa. Segundo elas, somente após tomar conhecimento desse fato passarão a negociar o uso do preservativo em suas relações com o parceiro, como medida preventiva contra a infecção pelo HIV.⁷

Assim urge, valorizar-se as particularidades da situação da sexualidade brasileira, considerando o contexto sexual e a condição socioeconômica em que a maioria das mulheres pobres vive. Somente assim se poderá traçar as ações educativas de prevenção apropriadas a cada grupo envolvido.⁸

Como vimos, fatores culturais permeiam fortemente os comportamentos que contribuem para a expansão da AIDS pela relação heterossexual em mulheres no Brasil. Considerando que a momento de captação da mulher pela rede de saúde ocorre em maior proporção durante o atendimento pré-natal e no parto, foi realizada esta pesquisa a qual teve como objetivo caracterizar um grupo de puérperas internadas em duas maternidades filantrópicas do município de São Paulo, no que se refere aos aspectos sócio-demográficos, de reprodução, de comportamento da mulher e do casal na promoção de sua saúde e de informações e práticas em relação à AIDS.

Métodos

Este é um estudo descritivo, exploratório, do tipo transversal no qual foram entrevistadas 384 puérperas internadas em duas maternidades filantrópicas situadas no município de São Paulo, SP, Brasil, no período de janeiro a março de 2000.

O tamanho da amostra¹⁰ foi definido pela variável de maior interesse para o estudo, ou seja, a porcentagem de mulheres que se percebem sob risco para o HIV. Baseando-se nos resultados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde,⁹ em 1996, estimou-se esta porcentagem em 55%. Considerou-se o intervalo de confiança de 10%, e o erro alfa igual a 5%.

Fizeram parte da amostra puérperas internadas após 12 horas de pós-parto, independentemente do tipo de parto, que não apresentavam doenças crônicas ou sorologia positiva para o HIV, que tiveram recém-nascido vivo, e que concordaram em partici-

par do estudo.

Local

Cada maternidade, campo de estudo, contribuiu com 50% da amostra delineada para a pesquisa. Ambas são apresentadas a seguir:

Hospital Santa Marcelina, hospital geral, cuja maternidade incentiva a prática do parto natural humanizado. Atende a clientela por meio de convênio Sistema Único de Saúde (SUS) e de convênios privados. Tem média mensal de 800 partos. Localiza-se na Zona Leste do município.

Amparo Maternal, maternidade localizada na Zona Sul do município, que inclui em seu atendimento a clientela proveniente dos municípios da Grande São Paulo. Tem média de 700 partos ao mês, atendidos exclusivamente pelo convênio SUS. Vem direcionando sua assistência obstétrica à implantação da prática do parto natural humanizado.

Coleta de dados

Os dados foram coletados simultaneamente nas duas maternidades. Após obter o consentimento da puérpera, a entrevista era realizada. Foi utilizado um formulário contendo questões sobre dados sócio-demográficos, e práticas de saúde sexual e reprodutiva em relação à AIDS.

Variáveis

Este estudo considerou as seguintes variáveis:

Variável dependente: risco de exposição ao HIV. Considerou-se como risco de exposição ao vírus da AIDS: relacionamento sexual sem preservativo, companheiro/marido com múltiplos parceiros, ocorrência de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e parceria com múltiplos indivíduos, e parceria ou uso de drogas.

Variáveis independentes: a) sócio-demográficas: idade, ocupação, escolaridade, união consensual, renda familiar; b) práticas de saúde: comparecimento a consultas de pré-natal, realização de citologia oncológica (Papanicolaou), aderência aos serviços de saúde; c) conhecimento sobre DST e AIDS: fontes de informação, vias de transmissão do HIV, medidas de prevenção; d) culturais: atitudes relacionadas às diferenças de gênero.

Análise estatística

A caracterização da população de estudo foi feita por meio de estatística descritiva.

Estudo piloto

Foi realizado estudo piloto com dez puérperas internadas na maternidade do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. A escolha desta instituição se deveu ao tipo de clientela que atende, a qual, em sua maioria, assemelha-se àquela encontrada nas duas maternidades definidas para o estudo.

Questões éticas

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do Hospital Santa Marcelina e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. Contou também, para sua realização, com a autorização dos dirigentes do Amparo Maternal.

Todas as entrevistadas assinaram o "Termo de consentimento livre e esclarecido para pesquisa científica" após tomarem conhecimento de seu conteúdo.

Resultados

Dentre as 384 mulheres, a maioria, (84%) já tinha teste anti-HIV prévio, sendo que destas, 146 (44%) o fizeram durante a gravidez. Nenhuma delas apresentou resultado positivo do teste.

A Tabela 1 apresenta as características sócio-demográficas das mulheres. A idade média foi de 23,5 anos (desvio padrão = 5,9 anos), sendo que 28% delas eram adolescentes. Tinham baixa escolaridade, pois cerca de 50% não terminaram o primeiro grau e apenas 1% tinha nível superior. Verifica-se que 60% tinham renda inferior a R\$750,99, o que equivale a menos de cinco salários mínimos vigentes. A maioria (67%) não possuía emprego ou estava desempregada (3%). As ocupações mais comuns foram as que não exigem uma formação técnica, como empregadas domésticas, auxiliares diversas, balconistas e outros. Grande parte delas morava com companheiro ou marido (78%) e tinha religião católica (71%).

Apenas duas mulheres (0,5% da amostra) referiram uso de droga atualmente e 22 (6%) no passado. Nesta amostra, 10 mulheres (3%) disseram que o companheiro atual usa droga e 27 (8%) que parceiros anteriores usavam drogas.

A Tabela 2 apresenta as características relativas à reprodução. A maioria nunca teve um aborto (84%) e tinha entre uma e duas gestações (70%). Apenas 15% referiram que a idade da primeira relação sexual foi a partir dos 20 anos e 46% tiveram mais de um parceiro durante a vida. Porém a maioria teve apenas um parceiro nos últimos dois anos (88%).

A Tabela 3 apresenta os resultados referentes aos

dados de saúde reprodutiva. Apenas 23 mulheres (6%) não fizeram pré-natal e a maioria fez o pré-natal em Centros de Saúde (79%), freqüentando entre quatro e oito consultas (68%) e iniciando o pré-natal até o terceiro mês de gestação (65%). Cerca de metade das mulheres (57%) referiram que evitavam

a gravidez e para apenas 25% a gravidez foi planejada. Um número expressivo (29%) nunca fez exame de Papanicolaou e apenas 23% o fez durante a gravidez. Uma minoria não sabia nome de qualquer DST (17%) e apenas 20 mulheres (5%) referiram já ter feito tratamento para DST durante a vida.

Tabela 1

Número e porcentagem de mulheres, segundo características sócio-demográficas. São Paulo, SP, Brasil, 2000.

Variável	Categoria	N = 384	
		n	%
Idade (anos)	12 - 20	107	28,0
	21 - 25	162	42,0
	26 - 42	115	30,0
Escolaridade	Analfabeta	5	1,0
	Primeiro grau incompleto	182	47,0
	Primeiro grau completo	53	14,0
	Segundo grau incompleto	73	19,0
	Segundo grau completo	68	18,0
Renda (R\$)	Superior	3	1,0
	25,00 - 300,99	68	17,0
	301,00 - 750,99	166	43,0
	751,0 - 1.500,99	98	26,0
	1.501,00 - 7.100,00	9	2,0
Ocupação	Não sabe informar	44	12,0
	Do lar	257	67,0
	Diversas	116	30,0
	Desempregada	11	3,0
	União consensual	Sim	298
Não		86	22,0
Religião	Católica	271	71,0
	Evangélica	72	19,0
	Outros	41	10,0

Tabela 2

Número e porcentagem de mulheres, segundo características de reprodução. São Paulo, SP, Brasil, 2000.

Variável	Categoria	N = 384	
		n	%
Aborto	não	323	84,0
	sim	61	16,0
Número de gestações	1	170	44,0
	2	99	26,0
	3	58	15,0
	4 - 12	57	15,0
Paridade	0 - 1	186	49,0
	2	103	27,0
	3	51	13,0
	4 - 12	44	11,0
Idade da primeira relação sexual	12 - 15	151	39,0
	16 - 19	177	46,0
	20 e mais	56	15,0
Companheiros anteriores ao atual	Sim	176	46,0
	Não	208	54,0
Número de parceiros nos últimos dois anos	1	339	88,0
	2	30	8,0
	3 - 5	15	4,0

A Tabela 4 apresenta as características da amostra, segundo comportamentos do casal. Verifica-se que 79% das mulheres sabiam que o marido tivera relacionamento com outras mulheres anteriormente, porém apenas 4% referiram que o marido tinha outra mulher fora de casa e 70% acreditavam que seu marido ou companheiro era fiel. Neste estudo, apenas uma mulher referiu que o companheiro teve relacionamento com outros homens. Cerca de metade das mulheres (53%) disse ter lazer fora de

casa com o marido, e poucas referiram que tanto a mulher quanto o homem casados podem ter o mesmo tipo de lazer de um(a) solteiro(a) (respectivamente, 7% e 18%). A maioria acreditava que tanto o homem casado quanto a mulher casada procuram relacionamentos fora do casamento (respectivamente 71% e 94%), embora a facilidade de ter este tipo de relacionamento seja mais referida para os homens. Porém 74% acreditam que o casal deve viver junto para sempre.

Tabela 3

Número e porcentagem de mulheres, segundo características relativas à saúde das mulheres. São Paulo, SP, Brasil, 2000.

Variável	Categoria	N = 384	
		n	%
Onde fez pré-natal	Centro de saúde	303	79,0
	Maternidade	27	7,0
	Clínica particular /outra	31	8,0
	Não fez pré-natal	23	6,0
Número de consultas de pré-natal	0	23	6,0
	1 - 3	29	8,0
	4 - 8	263	68,0
	9 e mais	69	18,0
Início do pré-natal	0 - 3º. mês	248	65,0
	4 - 6º. mês	105	27,0
	7º. mês e mais	8	2,0
	não fez pré-natal	23	6,0
Evitava a gravidez	Sim	217	57,0
	Não	167	44,0
Planejou a gravidez	Sim	97	25,0
	Não	287	75,0
Fez Papanicolaou alguma vez	Sim	273	71,0
	Não	111	29,0
Última vez que fez Papanicolaou	Durante a gravidez	88	23,0
	6 meses antes da gravidez	116	30,0
	2 a 4 a quatro anos antes gravidez.	56	15,0
	5 a 10 anos antes gravidez	13	3,0
	Nunca fez	111	29,0
Precisou fazer tratamento	Sim	74	19,0
	Não	199	52,0
	Nunca fez Papanicolaou	111	29,0
Sabe nome de DST	Sim	318	83,0
	Não	66	17,0
Já teve DST	Sim	20	5,0
	Não	364	95,0

DST = Doenças Sexualmente Transmissíveis

Tabela 4

Número e porcentagem de mulheres, segundo características de comportamento do casal. São Paulo, SP, Brasil, 2000.

Variável	Categoria	N = 384	
		n	%
Marido teve outras mulheres antes	Sim	303	79,0
	Não	34	9,0
	Não sabe	25	6,0
	Não tem marido	22	6,0
Marido tem outras mulheres fora de casa	Sim	16	4,0
	Não	289	75,0
	Não sabe	57	15,0
	Não tem marido	22	6,0
Marido tem/teve relações com homens	Sim	1	0,0
	Não	337	88,0
	Não sabe	24	6,0
	Não tem marido	22	6,0
Seu marido é fiel?	Sim	271	70,0
	Não	91	24,0
	Não tem marido	22	6,0
Ela e marido têm lazer fora de casa	Sim	204	53,0
	Não	180	47,0
Homem casado tem mesmo lazer que solteiro	Sim	68	18,0
	Não	316	82,0
Mulher casada tem mesmo lazer que solteira	Sim	25	7,0
	Não	359	93,0
Homem casado procura mulher fora?	Sim	360	94,0
	Não	24	6,0
Mulher casada procura homem fora?	Sim	274	71,0
	Não	110	29,0
Homem casado tem facilidade de encontrar mulher fora?	Sim	348	91,0
	Não	36	9,0
Mulher casada tem facilidade de encontrar homem fora?	Sim	244	63,0
	Não	140	27,0
Casal deve viver junto para sempre	Sim	285	74,0
	Não	99	26,0

Vale acrescentar que ao serem solicitadas a justificar o comportamento das mulheres, as puérperas referiram que aquelas que buscam parcerias fora da relação marital assim procedem quando há "falta de diálogo e respeito dentro de casa" entre elas e seus maridos, quando há falta de "carinho e de atenção" por parte dos companheiros, e se esses as agredem fisicamente. Por outro lado, há mulheres que apontaram o caráter da mulher como gerador deste comportamento. Outra causa apontada foi a vingança da mulher diante do desprezo ou da traição do companheiro.

Complementando os dados da mesma tabela, verificam-se as justificativas apontadas pelas mulheres para o comportamento do homem no aspecto abordado. Em sua maioria, as puérperas o justificaram com o comportamento da própria mulher dentro do lar. Elas creditaram ao comportamento da parceira, no lar, o motivo da busca, pelo homem, de outras mulheres para relacionar-se. Segundo sua visão, o homem procede desta forma se "o casamento e sua relação estão em crise", se há falta de dedicação, de atenção e de companheirismo da mulher na relação conjugal, se a mulher evita a proximidade com o companheiro, se o homem se percebe rejeitado, e se há convivência difícil entre o casal, o homem busca fora do lar alguém que o satisfaça emocional e sexualmente. Por outro lado, há mulheres que vêem o homem como um ser voltado à aventura, sendo de sua natureza a busca de satisfação fora do casamento. Sua facilidade ao encontrar parceiras é apontada pelas mulheres como consequência do comportamento das mulheres no mundo público: elas são "volúveis" e se oferecem aos homens. Foi consenso entre as respondentes a crença que as mulheres dão preferência aos homens casados e estes, por natureza, não dispensam a oportunidade de relacionamentos casuais que podem se tornar duradouros.

É interessante citar que, dentre as opções de lazer dos parceiros, vistas do ponto de vista das entrevistadas, estão as saídas do homem para freqüentar bares, bailes, praticar jogos, sair com mulheres e ar-

rumar namoradas. Também verificou-se como justificativas para estas saídas, o fato de que os homens "fazem tudo o que querem", que "as mulheres não impedem" e que "é difícil prender o homem em casa".

A Tabela 5 apresenta as variáveis relativas à saúde sexual com destaque para o uso de preservativo. Há referência de uso por parte de 44% das mulheres, porém só 12% referiam o uso em todas as relações. É interessante notar que 18% das mulheres disseram não usar e nem pensaram em fazê-lo. Poucas (19%) usavam preservativo com parceiros anteriores. A maioria sabia onde encontrar camisinha (98%), porém poucas conheciam o preço (19%) ou já tinham comprado (18%). Cerca de 18% das mulheres disseram que usariam se o preservativo fosse fornecido gratuitamente.

A Tabela 6 apresenta os resultados referentes à informação e à percepção em relação à AIDS. A maioria das mulheres foi informada sobre AIDS pela televisão ou rádio (57%) e 28% o foram na escola ou através de folhetos outras leituras. Das entrevistadas, 32% conheciam alguém que tinha tido ou teve AIDS. Todas sabiam que a mulher é susceptível à AIDS e 99% que a transmissão pode se dar pela via sexual, embora 46% considerassem que podem se infectar mesmo usando preservativo. Metade acreditava que as mulheres não se previnem contra a AIDS. A maioria (90%) tinha medo de se infectar, porém apenas 29% achavam que um dia poderiam ter AIDS. Interessante notar que 39% mudaram sua vida após a AIDS. Das mulheres entrevistadas, 16% nunca fizeram teste anti-HIV. Quanto à percepção sobre o parceiro, 35% consideraram que o parceiro atual pode vir a ter AIDS e 22% não sabiam. Houve relato de 12% das mulheres que consideraram que só de olhar para a pessoa dá para saber se ela tem AIDS. Quanto à transmissão do HIV, 97% sabiam que abraçar não transmite AIDS, 88% sabiam que a mãe pode transmitir o vírus para o filho e 79% referiram que são susceptíveis à AIDS transmitida em consultório médico/dentário.

Tabela 5

Número e porcentagem de mulheres, segundo variáveis relativas ao uso de preservativo. São Paulo, SP, Brasil, 2000.

Variável	Categoria	N = 384	
		n	%
Usa camisinha atualmente	Sim, há mais de dois anos	87	23
	Sim, há dois anos ou menos	80	21
	Não usa	217	56
Usa camisinha atualmente	Sim, em todas as relações	47	12
	Sim, em algumas relações	120	32
	Não usa, mas já pensou	147	38
	Não usa e nunca pensou	70	18
Usava preservativo com outro parceiro	Sim	72	19
	Não	312	81
Acha que marido usaria camisinha fora de casa	Sim	242	63
	Não	43	11
	Não sabe	99	26
Sabe onde encontrar preservativo	Sim	377	98
	Não	7	2
Sabe preço do preservativo	Sim	72	19
	Não	312	81
Já comprou preservativo	Sim	71	18
	Não	313	82
Usaria preservativo se fosse de graça	Sim	70	18
	Não	147	38
	Já usa camisinha	167	44

Tabela 6

Número e porcentagem de mulheres, segundo variáveis relativas à informação/percepção em relação à AIDS. São Paulo, SP, Brasil, 2000.

Variável	Categoria	N = 384	
		n	%
Como ficou sabendo sobre AIDS	Televisão/rádio	220	57,0
	Escola	83	22,0
	Folhetos/leitura/outros	24	6,0
	Parentes	12	3,0
	Não lembra	45	12,0

Continua

Continuação

Variável	Categoria	N = 384	
		n	%
Conhece alguém que tem/teve AIDS	Sim	123	32,0
	Não	261	68,0
Acha que mulher pode pegar AIDS?	Sim	384	100,0
	Não	-	-
Acha que mulheres se previnem contra AIDS?	Sim	174	45,0
	Não	193	50,0
	Não sabe	17	5,0
Acha que AIDS transmite via sexual	Sim	380	99,0
	Não/não sabe	4	1,0
Tem medo de pegar AIDS?	Sim	345	90,0
	Não	39	10,0
Acha que pode ter AIDS algum dia?	Sim	111	29,0
	Não	273	71,0
Mudou a vida após a AIDS?	Sim	149	39,0
	Não	235	61,0
Já fez teste para AIDS	Sim	321	84,0
	Não	63	16,0
Olhando para pessoa sabe que tem AIDS?	Sim	45	12,0
	Não	327	85,0
	Não sabe	12	3,0
Acha que parceiro pode vir a ter AIDS?	Sim	132	35,0
	Não	143	37,0
	Não sabe	85	22,0
	Sem parceiro atual	24	6,0
Abraçar pega AIDS?	Sim	3	1,0
	Não	375	97,0
	Não sabe	6	2,0
Mãe passa AIDS para o filho?	Sim	340	88,0
	Não	29	8,0
	Não sabe	15	4,0
Pega AIDS em consultório?	Sim	301	79,0
	Não	63	16,0
	Não sabe	20	5,0
Pega AIDS usando preservativo?	Sim	175	46,0
	Não	188	49,0
	Não sabe	21	5,0

Discussão

Foi verificado haver precocidade no início do relacionamento sexual das mulheres da amostra. Esta situação vem confirmar uma realidade já apontada pelos dados epidemiológicos brasileiros. Tal condição repercute na rede de assistência à mulher, uma vez que o início das relações sexuais acarreta uma série de modificações na situação de vida da mulher, expondo-a ao risco de gravidez e DST, entre outras.

Os dados nos mostram a abrangência da assistência pré-natal na cidade de São Paulo, pois 94% da amostra submeteu-se a consultas. A gravidez é o principal momento de captação da mulher pela rede de atenção à saúde. Considerando este fato, o Ministério da Saúde recomenda a realização universal do teste anti-HIV às gestantes que buscam serviços pré-natal, como tentativa de redução da progressão da transmissão vertical do HIV e da epidemia de AIDS.¹¹ Esta recomendação tem sido seguida, conforme indica o percentual da amostra que se submeteu à sorologia.

Os dados mostraram também que a rede pública continua sendo o local de maior acesso da clientela ao pré-natal (79%) e que o início precoce deste (primeiro trimestre da gravidez) foi verificado em 65% da amostra. O número de consultas (quatro a oito) realizadas por 68% das mulheres, também atende às recomendações do Ministério da Saúde que indica o mínimo de seis consultas durante a gravidez, com início até o quarto mês.¹²

O fato de 57% das mulheres terem referido que evitavam a gravidez, e que esta foi planejada por apenas um quarto da amostra vem demonstrar a ainda precária atenção dada aos programas de planejamento familiar, quer pelo Estado, quer pela clientela.

Verificou-se ainda que a maioria da amostra (71%) submeteu-se ao exame de colpocitologia oncológica analisado pela técnica de Papanicolaou, porém 29% das puérperas da amostra nunca o fez, ainda que a maioria tenha iniciado vida sexual na adolescência ou próximo dela. Dentre as mulheres que realizaram o último exame antes da gestação, 18% o fizeram há mais de dois anos.

Vale acrescentar que os dados da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo indicam que tem havido lento aumento no número de coletas de material para colpocitologia oncológica no Estado de São Paulo, embora ainda seja de 15% a população feminina com mais de 20 anos que se submete ao exame.¹³

O Ministério da Saúde¹⁴ define como periodicidade para a realização do exame de Papanicolaou o intervalo de três anos após dois resultados negativos com um ano de diferença entre eles. Vimos que em

torno de 18% de nossa amostra não atende à periodicidade mínima indicada.

Se considerarmos que, no Estado de São Paulo, a cobertura dos exames de citologia oncológica está em torno de 23%,¹⁵ os dados deste estudo mostram um resultado satisfatório.

A preocupação com o seguimento da população que vem apresentando maior risco de infecção pelo HIV, leva a considerar a baixa escolaridade apresentada pelas mulheres (48% não completaram o primeiro grau ou eram analfabetas), bem como a porcentagem de famílias com renda inferior a cinco salários mínimos (60%). Um fato que chama a atenção é que 67% das mulheres não possuía ocupação remunerada que pudesse contribuir para o aumento da renda familiar.

Em estudo anterior, realizado com um grupo cultural com condições semelhantes de alfabetização e de renda, a união do casal, formando uma família, implica ao homem o provimento do sustento da mesma, o que torna a mulher dependente do companheiro. Na mesma pesquisa verificou-se que ao homem cabe a tarefa de atender às necessidades econômicas do lar, e à mulher, o cuidado dos filhos e os afazeres domésticos; é essa relação de dependência da mulher que motiva vários de seus comportamentos sociais e/ou de cuidados à saúde.⁷

Outro dado a considerar neste estudo é que a maioria das mulheres da amostra (54%) constituiu família com o companheiro atual, único em sua vida, sendo que 88% delas teve apenas um parceiro sexual nos últimos dois anos.

Estudos vêm demonstrando o avanço da epidemia em mulheres de baixa renda, com família constituída e relacionamento exclusivo.¹⁶ O desconhecimento sobre a vida sexual do companheiro é um fato. Deve-se considerar que a maneira como a mulher percebe o papel público de seu companheiro pode colocá-la diante do HIV transmitido pelo próprio parceiro.

Os comportamentos masculinos apontados pelas mulheres são dados culturais de interesse para este estudo, pois auxiliam na identificação de pontos que aumentam a vulnerabilidade da mulher às doenças sexualmente transmissíveis e AIDS. A maioria das mulheres deste estudo acredita que o homem e a mulher casados apresentam comportamentos semelhantes quanto à procura por parceiros fora da relação estável e que ambos têm facilidade para encontrar um par fora de casa. A maioria acredita que o homem e a mulher casados procuram outros parceiros fora da relação estável. Por outro lado, as mulheres apontaram diferenças no tipo de lazer entre o homem e a mulher casados e os solteiros.

Embora 70% da amostra acreditasse na fidelidade do parceiro, deve-se considerar sua visão quanto à procura de mulher fora de casa, pelo homem casado, e quanto à facilidade que este tem para encontrar outra(s) mulher(es) fora de casa.

Aceitar diferenças de comportamento entre o homem e a mulher ainda faz parte da cultura brasileira, que dá àquele a possibilidade de divertir-se fora de casa, sem que a mulher tenha o direito de fazer o mesmo ou de cobrar dele justificativas para esse comportamento. O homem recebe apoio social para esta atitude, enquanto da mulher é esperado que não tenha comportamento semelhante, ou seja, que não saia de casa sozinha para se divertir. Esta diferenciação, aceita pela sociedade, é reforçada, no entanto, quando distingue o comportamento da mulher casada e o da solteira: a esta última alguma tolerância pode ser admitida.

Mesmo ignorando o comportamento sexual do companheiro fora de casa e acreditando que o homem tem facilidade em encontrar parceiras fora da relação estável, essas condições não parecem contribuir para o aumento do uso do preservativo masculino na população. De fato menos da metade da amostra referiu tê-lo usado alguma vez e 18% das mulheres que não usavam preservativo, não pensava em usá-lo.

Estes resultados permitem inferir que a preocupação do casal quanto à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis/AIDS é incipiente na população.

Tal afirmação tem base em nossa experiência profissional que mostra que, em nosso meio, o preservativo masculino ainda é visto, pela maioria, como anticonceptivo e não como preventivo de DST. Esta associação de preservativo masculino com anticoncepção, no entanto, é consequência dos programas desenvolvidos, no país, com a finalidade de planejamento familiar. Estes, por sua vez, são dissociados dos programas preventivos de DST, nos quais o preservativo é essencial. Ambos os programas, desde a origem, vinham caminhando separadamente, cada qual alertando seus usuários para o papel do preservativo em sua área de atuação, associando-o somente ao seu objetivo, e criando na clientela noções de uso diversificadas. Atualmente esboça-se uma integração entre estes programas, que, ao ser efetivada poderá permitir, a população reconhecer no preservativo não somente um meio para a anticoncepção, mas também poderá aceitá-lo melhor enquanto barreira contra as DST, incluindo a AIDS. Talvez desta integração resulte a aceitação popular do preservativo masculino, dissociando-o da idéia de promiscuidade e, possibilitando, assim, seu uso uni-

versal.

Embora a grande maioria das mulheres (98%) soubesse onde encontrar o preservativo masculino para venda, dentre as que o utilizam, apenas uma minoria já o comprou, o que mostra que o homem é o maior provedor deste produto. Cabe destacar que a minoria (18%) referiu que usaria preservativo caso fosse distribuído gratuitamente, o que remete à justificativa apresentada anteriormente.

Quanto à AIDS, a maioria da amostra recebeu informação pela televisão ou rádio. A televisão é vista como o melhor meio para atingir grupos sociais com pouco acesso a informação sobre a epidemia. No entanto, há dificuldade de uma abordagem mais realista da síndrome como estratégia de campanha veiculada pela televisão, embora venha ocorrendo mudança de enfoque gerada pelas companhas, devido às alterações epidemiológicas da AIDS, no Brasil. Nos anos iniciais da epidemia, era dada ênfase a temas específicos direcionados aos grupos com comportamentos de risco mais vulneráveis ao HIV na época. Com o passar dos anos e a entrada em cena de heterossexuais e, em especial, das mulheres, o enfoque passou a objetivar a abrangência universal dos telespectadores, porém, nem sempre alcançada. Para surtir o efeito esperado e superar as limitações, as campanhas publicitárias sobre AIDS, veiculadas pela televisão deveriam ser associadas a ações específicas de intervenção.¹⁷

A par destas considerações, os dados mostram que as campanhas de informação sobre AIDS têm alcançado seus objetivos, pois a totalidade da amostra reconhecia que a mulher é vulnerável à AIDS. O acesso à informação se reflete ainda na identificação pelas mulheres deste estudo, das vias de transmissão do HIV e, no medo que sentem diante da possibilidade de vir a ter AIDS no futuro.

Verifica-se também que a maioria da amostra acreditava que o parceiro usaria preservativo caso tivesse relacionamento fora de casa. Sua crença na fidelidade do parceiro e na responsabilidade do companheiro para manter-se saudável podem ser incluídas como fatores determinantes da não adesão, pelas mulheres, às medidas de sexo mais seguro, embora 35% delas acreditasse que o parceiro poderá vir a ter AIDS no futuro.

Conclusões

As mulheres que participaram deste estudo têm perfil semelhante àquele da população mais atingida pela AIDS, atualmente, no país. Surge daí a preocupação quando identificamos na amostra reduzida

adoção de medidas preventivas contra o HIV, gerando risco de infecção pela via sexual, uma vez que a maioria das mulheres desconhece o comportamento extramarital de seus companheiros, embora 4% referisse que o marido tinha outra parceira. Outro fato a se considerar é a crença na fidelidade conjugal do companheiro. Esta situação leva ao baixo emprego de medidas de sexo mais seguro com o parceiro.

O risco de exposição ao HIV mostrou-se presente na amostra ao se considerar também seu início precoce da atividade sexual, a reduzida realização de exame colpocitológico preventivo e a ocorrência de DST entre as puérperas estudadas.

Os dados mostraram ainda que é reduzido (12%) o número de puérperas que tiveram dois ou mais parceiros sexuais nos dois anos que antecederam à pesquisa. Julgamos que esta situação coloca a maioria da amostra na dependência do comportamento extramarital do companheiro. Este comportamento por sua vez é visto pelas entrevistadas como sujeito a outros relacionamentos, pois conforme visto, as mulheres acreditam na disponibilidade de parceiras no ambiente público.

Um fato que se deve considerar, no entanto, são as poucas mulheres que se percebem com risco de infectar-se com o HIV e que vêem a mesma possibilidade para o seu companheiro.

O estudo não identificou se as mulheres parceiras ou usuárias de droga, atualmente ou no passado, estavam incluídas dentre as que já haviam realizado o teste anti-HIV, uma vez que elas se constituem em um grupo sob risco de infecção.

Ressalta-se ainda que a maioria submeteu-se ao teste anti-HIV, com resultado negativo.

Outro dado a considerar é a informação sobre AIDS, presente na amostra, embora ainda não incorporada pelas mulheres determinando sua mudança de comportamento.

Quanto à preocupação com a saúde reprodutiva, os dados mostraram que a maioria das mulheres não planejou a última gravidez, embora tivesse realizado consultas de pré-natal a partir do primeiro trimestre.

Este estudo permitiu verificar que a mulher com família constituída continua sujeita ao risco de infecção pelo HIV devido a fatores culturais que permeiam sua percepção e sua prática sexual e reprodutiva.

Agradecimentos

À Profa. Maria do Rosário Dias de Oliveira Latorre agradece ao CNPq (Conselho Nacional de Pesquisa) a bolsa de pesquisador (processo nº 30.0318/97-9). As autoras agradecem à equipe da Coordenação Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde, ao Serviço de Enfermagem do Hospital Santa Marcelina, à Coordenação Administrativa do Amparo Maternal - Maternidade Social, e aos membros da Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo.

Referências

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. *Bol Epidemiol AIDS* 2002; 15: 14-8.
2. Guimarães K. Nas raízes do silêncio: a representação cultural da sexualidade feminina e a prevenção do HIV/AIDS. In: Parker R, Galvão J, organizadores. *Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1996. p. 89-113.
3. Barbosa RM, Villela WV. A trajetória feminina da AIDS. In: Parker R, Galvão J, organizadores. *Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1996. p. 17-32.
4. Barbosa RM. Feminino e AIDS. In: Parker R, Galvão J, organizadores. *Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1996. p. 153-68.
5. Koniak-Griffin D, Brecht ML. Linkages between sexual risk taking, substance use, and AIDS knowledge among pregnant adolescents and young mothers. *Nurs Res* 1995; 44: 340-6.
6. Martin D. Mulheres e AIDS: uma abordagem antropológica. *Rev USP* 1997; 33: 88-100.
7. Praça NS, Gualda DMR. A cuidadora e o (ser)cuidado: uma relação de dependência no enfrentamento da AIDS. *Rev Paul Enf* 2000; 19: 43-52.
8. Goldstein D. O lugar da mulher no discurso sobre AIDS no Brasil. In: Parker R, Galvão J, organizadores. *Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1996. p. 137-52.
9. Badiani R, Quental I, Santos EM. DST/AIDS e a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde: uma análise do nível de conhecimento e comportamento de vulnerabilização. Rio de Janeiro: BEMFAM; 1997.
10. Hulley SB, Cumming SR. *Designing clinical research: an epidemiologic approach*. Baltimore: Williams & Wilkins; 1988.
11. Ministério da Saúde. Implantação da vigilância do HIV em gestantes e crianças expostas. Disponível em: http://www.aids.gov.br/udtv/bletim_dez99_jun)//implantacao_vigi_hiv.htm [2001 jan 18].
12. Ministério da Saúde. Portaria no. 569 de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União, [DOU] Brasília 2000; Seção 1: 5*.
13. São Paulo (Estado) Secretaria da Saúde. Coordenadoria de planejamento em Saúde. Centro de Informação em Saúde. Grupo de Avaliação Técnica em Saúde. Área de Saúde da Mulher. *Estratégia para redução da mortalidade por câncer de útero no Estado de São Paulo*. São Paulo; 1998.
14. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Pró-Onco, o controle do câncer cérvico-uterino e de mama: normas e manuais técnicos. Rio de Janeiro; 1994.
15. Villela W. A epidemia do HIV/AIDS entre as mulheres: um desafio para o Sistema Único de Saúde. In: Villella W, organizador. *Mulher e AIDS: ambiguidades e contradições*. *Cad Nepais* 1997; 1: 41-7.
16. Bastos C, Galvão J, Pedrosa JS, Parker R. Introdução. In: Parker R, Galvão J, organizadores. *Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1994. p. 13-56.
17. Castro A. Televisão e AIDS: questões para o planejamento. In: Pitta AMR, organizadora. *Saúde & comunicação: visibilidades e silêncios*. São Paulo: Hucitec; 1995. p. 166-71.

Recebido em 22 de julho de 2002

Versão final reapresentada em 23 setembro de 2002

Aprovado em 18 de novembro de 2002