

A percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DST/HIV*

WOMEN'S PERCEPTION ABOUT FEMALE VULNERABILITY TO STD AND HIV

LA PERCEPCIÓN DE MUJERES EN LO QUE SE REFIERE A LA VULNERABILIDAD FEMENINA PARA CONTRAER DST Y HIV

Carla Marins Silva¹, Octavio Muniz da Costa Vargens²

RESUMO

Pesquisa descritiva com abordagem qualitativa cujo objetivo foi analisar a percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DST/HIV. Foi realizada em 2006, num campus universitário no Rio de Janeiro. Foram entrevistadas 12 mulheres, de idade superior a 18 anos, de diferentes níveis de escolaridade, raça e religião. Estas eram estudantes, servidoras técnico-administrativas, docentes e outras usuárias. Foram atendidas as exigências do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa. Os dados foram analisados segundo os pressupostos da Análise de Conteúdo. Os resultados revelaram duas grandes dimensões: uma que relaciona a percepção pessoal da mulher e seus comportamentos, e outra relacionada à opinião dessas mulheres sobre o comportamento de outras mulheres. Neste artigo discutimos os dados referentes à dimensão coletiva. Concluímos que as mulheres entrevistadas reconhecem os fatores de vulnerabilidade nas outras mulheres e percebem o risco do *outro* em contrair DST/HIV, porém não se consideram em risco.

DESCRITORES

Saúde da mulher.
Gênero e saúde.
Doenças sexualmente transmissíveis.
HIV.
Vulnerabilidade.

ABSTRACT

This is a descriptive study using a qualitative approach. The purpose was to analyze women's perception about female vulnerability to acquire STD/HIV. The study took place in 2006 at a university campus in the city of Rio de Janeiro. Interviews were carried out with 12 women, older than 18 years, of different educational levels, ethnic origins and religions. The women were students, technical-administrative workers and faculty members, among other users. The study complied with the requirements of the National Research Ethics Committee. Data analysis was performed according to the premises of Content Analysis. Results revealed two large dimensions: one related with the women's personal perception and their behaviors, and another related with these women's opinion about other women's behavior. This article discusses the data regarding the collective dimension. It was concluded that the interviewed women recognize vulnerability factors in other women and realize the risk that *others* face of acquiring STD/HIV, but do not consider themselves to be at risk.

KEY WORDS

Women's health.
Gender and health.
Sexually transmitted diseases.
HIV.
Vulnerability.

RESUMEN

Investigación descriptiva con abordaje cualitativo, cuyo objetivo fue analizar la percepción de las mujeres en lo que se refiere a la vulnerabilidad femenina para contraer DST/HIV. Fue realizada en un campus universitario, en Río de Janeiro, en 2006. Fueron entrevistadas 12 mujeres, de edad superior a 18 años, de diferentes niveles de escolaridad, raza y religión. Estas eran estudiantes, servidoras técnico administrativas, docentes y otras usuarias. Fueron atendidas las exigencias del Consejo Nacional de Ética en Investigación. Los datos fueron analizados según los conceptos del Análisis de Contenido. Los resultados revelaron dos grandes dimensiones: una que relaciona la percepción personal de la mujer y sus comportamientos, y otra relacionada a la opinión de esas mujeres sobre el comportamiento de otras mujeres. En este artículo discutimos los datos referentes a la dimensión colectiva. Concluimos que las mujeres entrevistadas reconocen los factores de vulnerabilidad en las otras mujeres, perciben el riesgo del *otro* para contraer DST/HIV, sin embargo no se consideran en riesgo.

DESCRIPTORES

Salud de la mujer.
Género y salud.
Enfermedades de transmisión sexual.
VIH.
Vulnerabilidad.

* Extraído da monografia de Conclusão de Curso "A autopercepção de mulheres quanto à sua vulnerabilidade para contrair DST/HIV", Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2006. ¹ Enfermeira. Mestranda da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. carla-marins@ig.com.br ² Enfermeiro Obstetra. Doutor em Enfermagem. Professor Titular do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. omcvargens@uol.com.br

INTRODUÇÃO

Em todo o mundo são freqüentes as doenças sexualmente transmissíveis (DST). Estas geram complicações que são potencialmente graves, como risco de infertilidade, abortamento, infecções congênitas e também facilita a infecção pelo HIV. A Organização Mundial de Saúde (OMS) diz que ocorrem, no Brasil, cerca de 10 a 12 milhões de casos novos de DST ao ano⁽¹⁾.

O aumento da incidência de DST tem se tornado um grave problema de saúde pública, preocupando a comunidade científica e os governos, com ênfase para a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). O grande número de casos de transmissão por via heterossexual, aumentou 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 para 1 mulher, em 1986, para 1,5 homens 1 mulher, em 2005⁽²⁾. Tal constatação aumentou também a preocupação em relação à transmissão vertical, gerando investimento maior na detecção precoce do vírus nas gestantes quanto na educação em saúde, na tentativa de impedir sua transmissão para as crianças, evitando o surgimento de futuros casos de aids infantil⁽³⁻⁴⁾.

A interpretação destes fatores, principalmente com relação às diferenças de gênero, evidenciou a vulnerabilidade de mulheres para contrair o vírus. Assim, definiu-se como objetivo analisar a percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DST/ HIV.

REVISÃO DE LITERATURA

No presente estudo, é essencial a abordagem do conceito de gênero e relações de gênero, já que se interliga com a temática de vulnerabilidade, sexualidade, DST e a atuação de enfermagem. Estes têm a ver com a diferença entre homens e mulheres. O entendimento disto permitirá a reflexão sobre o sexo biológico e a identidade construída pelos indivíduos e sociedade.

Há uma complexidade ao definir a palavra gênero, pois se relaciona com o social e o subjetivo e exerce influência em diversas situações. Gênero é a forma de apontar as construções sociais, na idéia de papéis diferentes para homens e mulheres. É uma maneira de se referir às origens exclusivamente sociais das identidades subjetivas dos homens e mulheres⁽⁵⁾.

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. E 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.

As mulheres têm sofrido um processo de subvalorização do seu trabalho, tanto no mercado formal quanto no trabalho doméstico, que por sua vez, é considerado um dever feminino. Destacam-se alguns fatores prejudiciais para as mulheres, como diferença de salários, desvalorização social de algumas profissões e a tripla jornada de trabalho feminino⁽⁶⁾.

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 muitas(os) que teimam em não enxergá-la sob o discurso da universalidade dos fenômenos sociais⁽⁷⁾.

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...* Com isso, porém, 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. Um exemplo é o fato de se utilizar para definição a maternidade, o que excluiria as mulheres que não tinham filhos por opção ou não. Então, a princípio, tinham uma percepção anatômica, ou seja, tinham menos direitos por nascer mulher⁽⁸⁾. Porém, vale ressaltar que, este problema com a anatomia não era biológico e sim cultural. A cultura tampouco não iria funcionar porque varia de acordo com a cidade, raças e classes sociais. Surge assim a concepção de gênero que por sua vez tem procurado dar ênfase ao caráter social das diferenças e expor a relação entre os sexos.

Vulnerabilidade e mulher

O contexto de diversificados desafios para o enfrentamento à epidemia da AIDS fez emergir o conceito de vulnerabilidade.

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, adocimento 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⁽⁸⁾.

Assim podemos entender que vulnerabilidade é um conceito que está sendo utilizado desde os anos 90 durante a reflexão e construção de ações voltadas para prevenção de HIV/AIDS. Este aponta para um conjunto de fatores, níveis e magnitudes diversas, em que a interação influência no aumento ou na redução das possibilidades de uma pessoa se infectar com o HIV, podendo assim planejar as intervenções preventivas⁽⁸⁾.

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 de trabalhar a vulnerabilidade social, é um grande desafio e de longo prazo aprimorar os programas de prevenção e assistência para a compreensão sobre as dificuldades mais estruturais da prevenção e sobre o acesso. E para as experiências diversas com os meios de prevenção disponíveis, que é a vulnerabilidade programática, para que, no plano da vulnerabilidade individual, todos, individualmente, possam realmente se proteger da infecção e do adoecimento⁽⁹⁾.

O aumento da incidência de 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, que construíram os papéis sociais de homens e mulheres, cuja assimetria provoca aumento da vulnerabilidade das mulheres à infecção, sendo um obstáculo para a percepção da vulnerabilidade à infecção ou à reinfeção pelo HIV⁽¹⁰⁾.

Sabe-se que a desigualdade entre os sexos tem produzido historicamente uma submissão e inferiorização da mulher. As mulheres ainda permanecem excluídas do poder de decisão na vida pública e na privada, ainda recebem baixos salários e inferiores aos dos homens para os mesmos trabalhos e são atingidas pela violência cotidiana, doméstica e sexual. As mulheres têm menor liberdade em sua vida sexual e têm menos poder de decisão acerca do sexo com proteção. Assim, esta desigualdade produz uma maior vulnerabilidade para as mulheres, impactando cada vez mais na epidemia entre elas⁽¹¹⁾. 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.

MÉTODO

O presente estudo constituiu pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa, ocorreu em um campus universitário, no município do Rio de Janeiro - Brasil. Os sujeitos do estudo foram mulheres, abordadas aleatoriamente, com idade a partir de 18 anos, de diferentes níveis de escolaridade, raças e religião. Neste grupo incluem-se estudantes dos diferentes cursos, servidoras técnico-administrativas ou docentes e as demais usuárias das dependências do Campus. Foram atendidas todas as exigências preconizadas pelo Conselho Nacional de Saúde⁽¹²⁾. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto – UERJ, tendo sido aprovado sob parecer nº 1375, de 13/02/2006. Os dados foram obtidos através de entrevistas gravadas, durante o mês de fevereiro de 2006, e transcritas para análise. Estas aconteceram em locais isolados mantendo a privacidade das entrevistadas. A análise dos dados foi feita segundo os pressupostos

da Análise de Conteúdo⁽¹³⁾. Para análise, foi feita uma leitura flutuante das entrevistas e foram destacadas as unidades de registros que surgiram.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As entrevistas desenvolveram-se em locais escolhidos pelas próprias entrevistadas, na área do campus universitário. O critério de saturação das informações foi utilizado para determinação do quantitativo de sujeitos. Sendo assim o grupo de informantes constituiu-se de 12 mulheres que eram, em sua maioria, solteiras e cujas idades variaram entre 18 e 38 anos.

A análise dos dados permitiu a identificação de duas grandes dimensões para o fenômeno em estudo, constituídas por diferentes categorias temáticas. A primeira, denominada dimensão pessoal, relaciona a percepção de si da mulher entrevistada e seus comportamentos; e a segunda, denominada dimensão coletiva, diz respeito à opinião dessas mulheres em relação a outras mulheres. Neste artigo são analisados e discutidos os dados referentes à dimensão coletiva.

Dimensão Coletiva

A dimensão coletiva mostrou-se consubstanciada em 3 categorias e respectivas subcategorias, que são descritas a seguir.

A primeira categoria, *percebendo a AIDS como doença das outras mulheres*, evidenciou que as entrevistadas consideraram as mulheres no geral vulneráveis, porém muitas destas não se consideravam em risco, ou seja, se excluíam da condição de mulher e falavam do outro como em potencial para contrair DST/HIV.

Olha, eu acho que não sei te responder isso, depende, eu vejo muita gente que corre o risco de pegar a AIDS, transando com várias pessoas sem camisinha, muita gente drogada, não sei se compartilham seringa, não confio (Entrevista 9).

Eu acho que corre sim, quem o tem ultimamente não pode confiar muito nos homens, né? Porque os homens saem, *transa* mesmo, não quer nem saber (Entrevista 7).

A idéia da Aids como sendo uma doença do *outro* foi pesquisada em diferentes estudos⁽¹⁴⁻¹⁷⁾. Em nosso estudo o *outro* aparece como mais vulnerável a contrair a doença e as mulheres entrevistadas se percebem supostamente protegidas. O *outro* é quem se contamina por se comportar 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 de quem pode ter Aids, ou seja, pessoas promíscuas, com comportamentos desviados e com vida desregrada e quem não pode, sendo mulheres com somente um parceiro, onde a afetividade e o amor estão presentes⁽¹⁴⁾.

Foi constatado, portanto, em outra pesquisa que para os adolescentes entrevistados, a AIDS é algo distante, já que não faz parte do seu cotidiano pessoal e social, confirmando a idéia de doença *do outro*⁽¹⁴⁾. Já 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 excluíam do risco. Muitas vezes também não percebiam o risco por não se considerarem fazendo parte dos grupos de risco⁽¹⁵⁾.

Foi verificado, ainda, que 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⁽¹⁶⁾. 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 importância dos *outros* a necessidade da consciência e de mudanças para comportamentos mais seguros, tendo, portanto uma baixa percepção de vulnerabilidade⁽¹⁷⁾.

A segunda categoria, *relacionando o não uso do preservativo com maior vulnerabilidade das mulheres*, é composta por três subcategorias, em que apresentam motivos, na opinião das mulheres entrevistadas, do não uso do preservativo, como a resistência masculina em não usar, a dificuldade das mulheres em exigir o preservativo e a vergonha de decepcionar o parceiro.

É muito complicado porque a argumentação masculina é sempre em favor de não usar. [...] O homem, normalmente, ele acha que diminui o prazer ou ele se sente constrangido, não tem uma ereção igual ele teria sem a camisinha, ele prefere ter relação sem, ele se sente mais seguro, mais másculo sem a camisinha (Entrevista 1).

Ou se sente inibida de fazer determinadas exigências porque acha que vai ser mal interpretada, porque geralmente o homem diz que se a mulher exige proteção, é porque ela é promíscua (Entrevista 8).

Até mesmo a vergonha de decepcionar o parceiro, não sei, de ser menos agradável, deve ser uma coisa assim, querer ser legal e acabar se ferrando (Entrevista 11).

Ao se falar de preservativos, certas características culturais devem ser assinaladas. O uso dos preservativos traz a idéia de comportamentos sexuais desviantes do modelo monogâmico, onde prezam 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*⁽¹⁸⁾. 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 DSTs não costumam ser tematizadas entre os casais ou pelos serviços de saúde⁽¹⁹⁾.

Nas entrevistas do presente estudo apareceu o fato dos homens não gostarem de usar preservativo como sendo um fator de vulnerabilidade entre as mulheres. De acordo com pesquisa realizada em um ambulatório de São Paulo com mulheres HIV positivas⁽²⁰⁾, a recusa dos homens em usar o preservativo continua sendo a chave do problema, sendo as razões encontradas em diversos estudos em que a grande maioria dos homens não gosta de usar camisinha, pensam que apenas podem sentir o orgasmo de suas parceiras e o seu próprio quando não usam preservativos e por isso não usam.

Outro fato importante que apareceu nas entrevistas, em nossa pesquisa, foi a dificuldade de exigir o uso do preservativo, o que corrobora estudo⁽²¹⁾ segundo o qual algumas mulheres não acreditavam que era necessário o uso de preservativos, alegando conhecer a pessoa e que o fato de precisar negociar o sexo seguro, nas relações estáveis poderia causar problemas no relacionamento. Em nosso estudo, as mulheres entrevistadas afirmaram não ter coragem de propor o uso da camisinha, pois temiam a reação do parceiro, inclusive gerando situações de desconfiança entre o casal.

A terceira categoria, *reconhecendo os fatores de vulnerabilidade das mulheres*, apresenta sete subcategorias que mostram os fatores de vulnerabilidade das mulheres no geral, de acordo com as entrevistadas. Estas reconhecem os jovens de hoje como mais vulneráveis, o fato de as mulheres não quererem usar preservativo, a credulidade e a submissão feminina, a dependência afetiva, carência e romantismo como fatores de vulnerabilidade. Reconhecem ainda as mulheres que vivem de forma liberal como vulneráveis e consideram a falta de informação e a confiança no parceiro como fatores de vulnerabilidade.

Porque os jovens de hoje estão muito assim, eles não pensam tanto, tem aquele lance de ficar, mas o ficar antigamente era você dar um beijinho... O ficar deles não é isso, fica com um hoje – cama, fica com um amanhã – cama e assim vai (Entrevista 2).

Não sei te responder assim de imediato, eu não sei o que passa na cabeça delas, que não querem, para mim, elas não querem se cuida (Entrevista 6).

Pessoas as vezes próximas a você, pessoas estudadas, mulheres inteligentes, mas no ponto sentimental são carentes, são vulneráveis então, por conta disso, eu acho que sim. [...] Seria no calor do momento, na excitação do momento, partindo para o lado sentimental, na paixão ali

daqueles dias ou daquele dia, a pessoa se torna vulnerável pela sua carência, a pessoa pode se tornar vulnerável por outros motivos... mas eu acho que a carência é o principal (Entrevista 12).

Eu acho que sim, porque a maioria das mulheres quer, vive normalmente de uma forma liberal, sem críticas, mas assim, é aberta às relações e isso facilita bastante, né? (Entrevista 11).

Então acaba que, poxa, para que ela vai se proteger se no caso de uma mulher casada era para evitar uma gravidez e nunca vai pensar que vai pegar uma DST, então isso a deixa vulnerável, né? A confiança (Entrevista 10).

Os jovens avaliam como sendo alto o risco representado pela AIDS para pessoas de sua faixa etária⁽²²⁾. Vale lembrar que a adolescência é uma fase de transição entre a puberdade e a maturidade. 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/HIV⁽²²⁾. O mesmo ocorreu neste estudo, em que as mulheres entrevistadas apontaram os jovens como um dos grupos mais vulneráveis.

Outro fator de vulnerabilidade relatado pelas mulheres entrevistadas neste estudo, foi o fato das mulheres resistirem a usar preservativo. Em pesquisa realizada com homens e mulheres, presumivelmente heterossexuais⁽²¹⁾, 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 ou temor de que o preservativo rompesse durante o ato sexual ou medo de prurido e queimação.

A submissão e a credulidade feminina, que é um resultado das diferenças de poder entre homens e mulheres, foram citadas pelas mulheres entrevistadas. Nos estudos realizados com mulheres da região de Camaragibe⁽¹⁶⁾, foi relatado que estas são criadas com a afirmação de poder masculino, a submissão e o dever de ser uma boa e obediente esposa e mãe, e muitas vezes, são colocadas pelas mães informações erradas em relação à vida conjugal e afetiva, o que as deixam mais vulneráveis.

A dependência afetiva e o medo de perder o parceiro ao exigir o preservativo foram colocados pelas mulheres como fatores de vulnerabilidade neste estudo. Entendemos que as mulheres devem investir no auto-cuidado, ou seja, devem exigir o uso do preservativo com objetivo de se preservar, porém este investimento pode significar para a mulher a perda de um parceiro que recusa o uso do preservativo. Assim, este é um momento de escolha entre ficar com o parceiro expondo-se aos riscos ou não ficar com o parceiro⁽²³⁾.

A idéia de *grupos de risco* continua presente na visão de algumas mulheres entrevistadas, em suas falas de cu-

nho conservador, sobre as mulheres que vivem de uma forma liberal. Essas concepções alimentam a compreensão de que com comportamentos *normais*, que não saem muito e nem bebem bebidas alcoólicas, seu risco de contrair DST/AIDS diminui. Isto pode ser constatado em estudo anterior⁽¹⁵⁾ em que certos estereótipos *auto-excluem* as mulheres que apresentam comportamentos não desviantes.

Ainda hoje, existem pessoas sem informação sobre os métodos de prevenção, o que as deixa com maior vulnerabilidade e isto foi citado pelas mulheres entrevistadas. 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 da AIDS não eram suficientes para se prevenirem. Nesta pesquisa, que foi com mulheres HIV positivas, os fatores mais importantes para infecção foi a falta de conhecimento das vias de transmissão e das formas de prevenção⁽¹⁵⁾.

Vale ressaltar que as mesmas mulheres que são vulneráveis por confiarem em seus parceiros identificam a confiança como um fator de vulnerabilidade para as outras mulheres, principalmente as casadas. O mesmo ocorreu com mulheres sem relacionamentos fixos, entrevistadas em outra pesquisa⁽¹⁸⁾ as quais apesar de não se sentirem totalmente prevenidas contra a AIDS, também não consideram que as pessoas que estão casadas o estejam, pois reconhecem a possibilidade de haver traições entre um casal. Na maioria dos relacionamentos heterossexuais, a mulher, tende a manter uma relação monogâmica com seu parceiro. Entretanto o contrário nem sempre acontece, ou seja, pode não haver exclusividade na parceria sexual⁽²⁴⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É comum a visão de que as DST/HIV são doenças do *outro* e isto pode ser constatado neste estudo, em que as entrevistadas identificaram em outras mulheres o maior risco de contaminação, devido a determinados comportamentos e atitudes adotados. Entre eles mereceu destaque a confiança no parceiro que resulta em prática sexual sem proteção.

Embora a maior ênfase dos programas de prevenção esteja focada no uso do preservativo, esta prática traz consigo um conjunto de situações em que os preconceitos são mais fortes do que a razão. O estudo evidenciou a desconfiança do parceiro, a recusa do parceiro em usá-lo, e a possibilidade de desestruturação do relacionamento como situações de risco social e pessoal que as mulheres não estão dispostas a correr.

Isto demonstra grande importância para o profissional de saúde investir no *empoderamento* dessas mulheres como estratégia para redução da desigualdade de gênero. Entendemos que relações menos assimétricas constituem fator decisivo para a diminuição da vulnerabilidade da população feminina, e por consequência da incidência e da prevalência das DST/HIV.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Área Técnica. Epidemiologia: DST [texto na Internet]. [citado 2007 dez. 17]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISBCD47A0DPTBRIE.htm>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Área Técnica. Prevenção. Plano de enfrentamento da feminização da AIDS e outras DST [texto na Internet]. [citado 2007 dez. 14]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BA07528E1-7FB7-4CC7-97AD-B7CB17C9CA85%7D/%7BD624DEF8-C77A-4B53-89AC-2F1279B5382F%7D/plano_feminizacao_final.pdf
3. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Área Técnica. Epidemiologia: gestante HIV+ e crianças expostas [texto na Internet]. [citado 2007 dez. 17]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISC830994DPTBRIE.htm>
4. Fernandes RCS, Araújo LC, Medina-Acosta E. O desafio da prevenção vertical do HIV no município de campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(4): 1153-9.
5. Scott J. Gênero: uma categoria útil para análise histórica. Recife: SOS Corpo; 1991.
6. Fonseca RMGS. Equidade de gênero e saúde das mulheres. *Rev Esc Enferm USP*. 2005; 39(4):450-9.
7. Nascimento ER. Gênero e enfermagem. Salvador: Positiva; 1996.
8. Salleti Filho H, Calazans G, Franca Junior I, Ayres JR. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: Parker R, Barbosa RM, organizadores. *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. São Paulo: Ed. 34; 1999. p. 49-71.
9. Buchalla CM, Paiva V. Da compreensão da vulnerabilidade social ao enfoque multidisciplinar. *Rev Saúde Pública*. 2002;36(4):117-9.
10. Saldanha AAW. Vulnerabilidade e construções de enfrentamento da soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamento estável [tese]. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005.
11. Werneck J. A Vulnerabilidade das mulheres negras. *Jornal da Rede Saúde* [periódico na Internet]. 2001 mar [citado 2005 set. 14];(23). Disponível em: <http://www.antroposmoderno.com/antro-articulo.php?idarticulo=309>.
12. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em seres humanos. *Mundo Saúde*. 1996;21(1):52-61.
13. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
14. Thiengo MA, Oliveira DC, Rodrigues BMRD. Representações sociais do HIV/AIDS entre adolescentes: implicações para os cuidados de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2005; 39(1):68-76.
15. Alves RN, Kovács MJ, Stall R, Paiva V. Fatores psicossociais e a infecção por HIV em mulheres, Maringá, PR. *Rev Saúde Pública*. 2002;36 Supl 4:32-9.
16. Nascimento AMG, Barbosa CS, Medrado B. Mulheres em Camaragibe: representação social sobre a vulnerabilidade feminina em tempos de AIDS. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2005;5 (1):1-15.
17. Giacomozzi AI, Camargo BV. Confiança no parceiro e proteção frente ao HIV: estudo de representações sociais [dissertação na Internet]. Florianópolis: Programa de Pós Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina; 2004. [citado 2006 abr. 18]. Disponível em: <http://150.162.90.250/teses/PPSI0111.pdf>
18. Guimarães C. Mulheres, homens e Aids: o visível e o invisível. In: Parker R, Bastos C, Galvão J, Pedrosa JS, organizadores. *Aids no Brasil (1982-1992)*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1994. p. 217-30.
19. Villela WV. Prevenção do HIV/Aids, gênero e sexualidade. In: Barbosa RM, Parker R, organizadores. *Sexualidades pelo avesso: direito, identidades e poder*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 1999. p. 199-213.
20. Santos NJS, Buchalla CM, Fillipe EV, Bugamelli L, Garcia S e Paiva V. Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. *Rev Saúde Pública*. 2002;36 Supl 4:12-23.
21. Cogna M, Ramos S. Crenças Leigas, estereótipos de gênero e prevenção de DSTs. In: Bruschini C, Unbehaum SG, organizadores. *Gênero, democracia e sociedade brasileira*. São Paulo: Fundação Carlos Chagas; 2002. p. 229-48.
22. Vieira NFC, Paiva TCH, Sherlock MSM. Sexualidade, DST/AIDS e adolescência: não quero falar, tenho vergonha. *J Bras DST* [periódico na Internet]. 2001 [citado 2006 abr. 18]; 13 Supl 4:[cerca de 6 p.]. Disponível em: <http://www.uff.br/dst/cap5.pdf>
23. Lisboa MES. Vulnerabilidade da mulher frente às DST/HIV/AIDS. In: 4º Congresso Virtual HIV/AIDS; 2003; Lisboa, PO [evento na Internet]. [citado 2007 maio 5]. Disponível em: <http://www.aidscongress.net/pdf/184.pdf>
24. Gir E, Canini SRMS, Carvalho MJ, Palos MAP, Reis RK, Duarte G. A parceria sexual na Visão de mulheres portadoras do vírus da imunodeficiência humana – HIV. *J Bras Doenças Sex Transm*. 2006;18(1):53-7.