

A violência sexual como fator limitante na percepção e gestão do risco de HIV em mulheres casadas com migrantes¹

Yesica Yolanda Rangel Flores²

Objetivo: analisar a influência que a violência sexual tem na percepção e gestão do risco de HIV em mulheres casadas com migrantes. Métodos: estudo com enfoque etnográfico, em comunidades urbanas e rurais. Os dados foram obtidos por triangulação metodológica, observação participativa e não participativa, bem como entrevistas. As informantes foram 21 mulheres casadas com migrantes internacionais. As entrevistas foram transcritas e análise de discurso foi aplicada a elas. Resultados: três categorias emergiram dos discursos, para problematizar a influência da violência sexual na percepção e gestão do risco de HIV: "Caracterização das práticas sexuais no âmbito da migração", "Experiências de violência sexual" e "Construção do risco de HIV-AIDS". Conclusão: as mulheres têm dificuldade para reconhecer os atos de violência sexual em seus cotidianos e as suas percepções de risco não são decisivas na gestão da ameaça a qual estão expostas. Por isso, torna-se urgente que a enfermagem problematize a violência sexual nos "relacionamentos estáveis", como um desafio para a promoção de estilos de vida saudáveis.

Descritores: Violência Sexual; Mulheres; Migração; HIV; Sida; Risco.

¹ Artigo extraído da tese de doutorado "Mujeres de migrantes potosinas, sobre sus experiencias en la construcción del riesgo de VIH y sida", apresentada ao El Colegio de San Luis A.C., San Luis Potosí, SLP, México.

² PhD, Professor Doutor, Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de San Luis Potosí, San Luis Potosí, SLP, México.

Como citar este artigo

Rangel Flores YY. Sexual violence as a limiting factor on the perception and management of the risk of HIV in women married to migrants¹ Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2782. [Access

mês	dia	ano

]; Available in:

URL

. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1141.2782>.

Introdução

A violência é um problema de saúde pública, uma vez que dela derivam danos físicos, psicológicos e sociais, morte prematura evitável e declínio da qualidade de vida em pouco mais da metade da população mundial⁽¹⁾, e de maneira específica, a violência sexual está associada a uma maior predisposição à infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) em mulheres⁽²⁾.

A violência sexual constitui uma das formas de violência mais difíceis de prevenir, identificar e atender pela enfermagem no âmbito da saúde pública, uma vez que, no contexto da América Latina prevalecem conjunturas culturais nas quais os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres são violados de forma recorrente, quer seja pelas exigências de conceber os filhos que seus parceiros consideram necessários, ou pelo fato de serem forçadas a aceitar encontros sexuais nas condições que os seus parceiros determinam, mesmo que isso represente um risco para a sua saúde ou para a sua vida⁽³⁾.

Por outro lado, torna-se necessário ponderar sobre os discursos iniciais envolvendo o HIV, que associavam seu contágio com práticas homossexuais e serviços sexuais, e fazendo com que entre as mulheres heterossexuais e monogâmicas (também chamadas de "donas de casa") prevalecesse um imaginário que rejeitava a probabilidade de serem infectadas⁽⁴⁾. Embora na última década tenham sido realizados esforços para promover o desenvolvimento da conscientização nessas mulheres sobre o risco de HIV, o avanço histórico no gerenciamento da doença continua sendo um obstáculo para a percepção de seu risco.

Neste contexto, vale a pena ponderar sobre a situação de grupos particularmente vulneráveis, como as mulheres que se relacionam sexualmente com homens migrantes internacionais e cujas parcerias têm sido historicamente associadas com o risco de HIV⁽⁵⁻⁶⁾. Este grupo de mulheres enfrenta desafios específicos quanto ao desenvolvimento da percepção e gestão do risco. Por um lado, reconhece-se que os seus parceiros são particularmente vulneráveis ao HIV durante os seus processos de migração e por outro, elas têm sido levadas a acreditar que, dada a sua condição heterossexual e monogâmica, elas não pertencem aos equivocadamente chamados "grupos de risco".

A percepção dos riscos determina o tipo de gestão que pode ser adotada para os mesmos⁽⁷⁾ e a enfermagem deve participar colaborando para que este grupo de mulheres se conscientize de seu risco de infecção, sendo assim capazes de selecionar e gerenciar

as estratégias para o enfrentamento de tal ameaça. Isto torna-se ainda mais complexo se considerarmos que a percepção e a gestão deste risco não dependem só do acesso à informação, mas também são influenciadas pelas condições que prevalecem nos contextos sociais e culturais. Antes de tudo, é preciso assumir que as suas experiências as colocam em risco, e posteriormente, é necessário garantir que as estratégias de proteção específicas sejam exercidas com autonomia.

No contexto previamente referido e dada a complexidade do tema abordado, considerou-se necessário analisar qual a influência das experiências de violência sexual na percepção e gestão do risco de HIV, em mulheres casadas com migrantes.

Métodos

Tratou-se de um estudo do tipo qualitativo com enfoque etnográfico, realizado de novembro de 2010 a novembro de 2013, intervalo em que duas comunidades foram visitadas por períodos regulares e semelhantes, uma comunidade rural na região média e uma urbana na região central do estado de San Luis Potosí, México. Os locais foram selecionados pelo fato de representarem duas regiões distintas do estado e por serem caracterizados por uma elevada taxa de migração.

A relevância da realização deste estudo, utilizando a etnografia como método de pesquisa⁽⁸⁾, se baseia em estudos anteriores que recorreram à etnografia para abordar com sucesso as questões relacionadas às práticas sexuais, visto que as relações desiguais de poder entre gêneros observadas na prática sexual, também se manifestam nas relações cotidianas entre homens e mulheres⁽⁹⁻¹⁰⁾.

As participantes foram 21 mulheres e, uma vez que não havia um cadastro com os registros dos indivíduos em atividade migratória, recorreu-se aos profissionais de saúde locais como informantes-chave ou recrutadores iniciais e posteriormente, utilizou-se a amostragem por "bola de neve", estratégia que foi empregada com êxito graças à existência de redes entre as mulheres casadas com migrantes nas comunidades investigadas. Os critérios de inclusão se restringiram a que fossem mulheres mexicanas casadas com homens migrantes.

Recorreu-se à aplicação de entrevistas abrangentes com enfoque na "história da vida cotidiana" e de entrevistas semiestruturadas para a recuperação da "narrativa de risco". As entrevistas realizadas com ênfase na história da vida cotidiana se aprofundaram nas atividades que as mulheres e outros atores com os quais elas socializavam realizam diariamente, para

posteriormente, identificar e analisar as experiências de violência que ocorrem e repercutem em sua saúde sexual e reprodutiva; eventos que em grande parte dos casos não são identificados como atos de violência.

A interpretação das histórias da vida cotidiana permite recuperar, através da narrativa dessas mulheres, determinadas práticas que devido ao seu caráter rotineiro e repetitivo, tornam-se invisíveis ou habituais perante seus próprios olhos; atitudes, comportamentos e práticas fundamentadas em subjetividades que têm origem no imaginário e nas representações coletivas socialmente compartilhadas⁽¹¹⁾.

As narrativas de risco por sua vez, são uma proposta metodológica focada em conhecer e compreender os processos socioculturais envolvidos na avaliação das possibilidades de causar impacto e trazer consequências para os indivíduos. Este método torna possível explicar as associações que as pessoas fazem entre pessoas e ameaças, através uso de uma série de representações que orientam a interpretação de tais associações⁽¹²⁾.

Tanto as histórias da vida cotidiana como as narrativas de risco foram gravadas e pessoalmente transcritas, e a análise de discurso foi posteriormente aplicada com a finalidade de encontrar padrões recorrentes, temas comuns, semelhanças e divergências que permitissem identificar unidades de significado, categorias emergentes e domínios qualitativos, a partir dos quais os dados coletados seriam teoricamente analisados.

Os princípios éticos contidos na Declaração de Helsinkí e na Lei Geral de Saúde do México (LGSM), foram considerados para a realização deste estudo. O estudo é classificado de acordo com o LGSM como "risco mínimo", uma vez que abordou em profundidade as experiências presumivelmente dolorosas para as mulheres, razão pela qual foi estabelecido desde o início, suspender as entrevistas quando essas levassem ao comprometimento da estabilidade emocional das informantes ou quando as mulheres não manifestassem qualquer interesse em continuar no estudo. Priorizando a saúde mental das informantes, uma parceria foi estabelecida com os profissionais da área de psicologia dos Serviços de Saúde do Estado, além do fato da pesquisadora possuir treinamento em apoio emocional. O consentimento informado por escrito foi solicitado e o sigilo sobre a identidade das participantes foi garantido.

O projeto foi revisado, aprovado e supervisionado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria da Saúde do Estado de San Luis Potosí, México, local onde o projeto foi registrado em outubro de 2011, com o protocolo de número 008603.

Resultados

Todas as mulheres em ambas as localidades relataram terem vivenciado violência tanto no relacionamento com seu parceiro como em seu círculo familiar mais amplo. Entretanto, foi identificada dificuldade em reconhecer as modalidades de violência sexual que vivenciavam no âmbito de sua vida conjugal, devido à "normalização" e à "legitimação", que prevalecem nesse contexto para a violação contínua dos direitos sexuais e reprodutivos.

Dada a riqueza e abundância das narrativas, três categorias qualitativas foram recuperadas para as análises, com o propósito de problematizar a violência sexual no que se refere à vulnerabilidade ao HIV: "Caracterização das práticas sexuais no contexto da migração", "Experiências de violência sexual" e "Construção do risco de HIV-AIDS".

Caracterização das práticas sexuais no contexto da migração

As mulheres destacaram reconfigurações nas práticas sexuais, uma vez que relataram que seus parceiros retornavam dos EUA com maior impulso e desejo sexual, fetichismos e posições, que não haviam sido sugeridos anteriormente, entre algumas das inovações mais citadas. As solicitações recorrentes de práticas sexuais que antes da migração não tinham sido mencionadas, chegam a desencadear conflitos nos relacionamentos conjugais, não exatamente porque as mulheres as identifiquem como fatores intensificadores de sua vulnerabilidade ao HIV, mas porque afetam seus aspectos morais em relação à prática sexual.

Quando ele voltou de lá incluiu coisas novas no relacionamento... por exemplo, eu nunca tinha feito... Como posso dizer? ... bom, oral e não sei como se chama por trás, e quando ele vem, ele me pede para fazer isso, --- mas eu digo que o que é normal é normal e mais que isso eu não posso dar a ele (P.7, comunidade urbana).

No entanto, nem todas as mulheres estão incluídas nas novas práticas de seus parceiros, algumas dizem que seus parceiros se tornam usuários cotidianos de serviços sexuais depois de voltarem dos EUA, ou até mesmo, chegam a ter a certeza de que seus parceiros se envolvem em relações casuais ou extraconjugais.

Naquele dia, ele me chamou e me disse que ele tinha acabado de fazer com uma mulher "dessa" (profissional do sexo) ... eles fazem isso de procurar mulheres porque se sentem solitários (P.3, comunidade urbana).

Outra reconfiguração da prática sexual é o súbito interesse de seus parceiros em usar preservativos, medida que é bem aceita por elas, mesmo quando

o pedido para usar o preservativo é baseado em argumentos sem fundamento.

Certa vez que ele voltou, nós usamos o preservativo, e ele me disse que tinha que usar porque o médico de lá (EUA) tinha dito que ele poderia estar trazendo gripe e com colesterol alto, mas não porque ele poderia me contaminar com algo, apenas como uma medida preventiva (P. 7, comunidade rural).

Discursos como o referido acima tornam necessário refletir sobre dois pontos centrais, o primeiro é reconhecer a importância do desenvolvimento de uma consciência de risco nos homens, conforme eles começam a se envolver em novos contextos de risco; e o segundo é a falta de conhecimento que as mulheres têm sobre a utilidade e o funcionamento dos métodos de proteção.

Experiências de violência sexual

A configuração da violência sexual é extremamente complexa, uma vez que prevalece um modelo patriarcal que considera normal a violação contínua dos direitos sexuais e reprodutivos das pessoas, principalmente das mulheres. Nesse contexto, foi observado que algumas dessas mulheres não exercem sua sexualidade como forma de satisfação pessoal ou conjunta, mas sim como uma estratégia necessária para atender o desejo sexual de seus parceiros. Isto se deve fundamentalmente a um imaginário que lhes dá a impressão de que, satisfazendo o desejo sexual de seus parceiros, elas serão recompensadas com a exclusividade sexual que a sociedade, o Estado e a Igreja continuam a exaltar.

Cumprir com "isso" também é uma obrigação, às vezes ele se aproxima de mim e eu não tenho nenhum desejo por ele, mas ele fica chateado se eu disser, porque para ele isso é muito, muito importante, e às vezes eu faço sem vontade porque eu penso, e se ele for procurar outra? Não, é bem melhor satisfazê-lo aqui como eu posso, apesar de eu não sentir nada de bom, mas isso não importa, já que nós sabemos que muitos dizem "é que as vezes eu tenho que ir procurar o que eu não encontro em casa" (P. 8, comunidade rural).

Esta narrativa revela a postura de que as mulheres chegam a assumir como objetos que existem e são para satisfazer os outros. Elas são violentadas ao se submeterem a encontros sexuais forçados, mas tal violência é ocultada na esfera dos imaginários que alegam que se tratam de obrigações sexuais que as mulheres têm em relação aos seus maridos. Nesse contexto, mesmo que a sexualidade seja pouco ou não satisfatória e que as exponha ou não ao risco, elas continuam aceitando porque é preferível continuar considerando-se "protegidas socialmente" por seus parceiros.

Entretanto, a imposição "sutil" dos encontros sexuais não é a única forma de violência perpetrada contra elas e seus corpos, pois alguns homens implementam estratégias ainda mais agressivas para forçá-las a cumprir essa "obrigação sexual", medidas que chegam a incluir várias formas de violência física, emocional ou verbal.

Eu já não gosto de estar com ele, mas eu concordo para não brigar, da última vez que eu lhe disse não, ele me bateu muito feio, me arrastou para a estrada e me deixou toda machucada, eu denunciei, vieram atrás dele, mas retirei a queixa pelas crianças, ele ficou com medo e se comportou, a partir daí eu não lhe digo que não para não começar tudo de novo (P. 9, comunidade urbana).

Construção e gestão do risco de HIV-AIDS

Nesses contextos saturados de violência sexual, atenção especial merece o fato de que entre essas mulheres prevalece uma espécie de imunidade subjetiva ao risco de HIV. A maioria das informantes se exime do risco, construindo e reproduzindo um estigma que tem sido historicamente instituído para aqueles que são infectados, indivíduos cuja doença chega a ser satanizada, sendo referida como um "mal desejado" e como consequência de um "vício" devido ao seu disfrute sexual ou suas práticas sexuais "sujas".

Eu acho que o risco é para as prostitutas e os homossexuais, porque essas mulheres andam com um e com outro e elas gostam de fazer coisas insanas, e no caso deles, porque eles são esquisitos e fazem coisas nojentas (P. 9, comunidade rural).

Reconhecer-se como vulnerável ao HIV representa um desafio cultural e moral para este grupo de mulheres, uma vez que conferir a si mesmas e a seus parceiros uma série de variáveis parece "vaciná-las" simbolicamente contra a doença. Entre as variáveis "imunizadoras" em relação aos seus parceiros, ressalta-se a integridade moral que elas atribuem aos seus maridos e os impede de se envolverem em relações sexuais extraconjugais.

Eu não acho que ele possa me transmitir esta doença, eu não acho, ninguém me disse que ele pode me transmitir, nós nunca falamos sobre isso, mas eu acho que ele não tem isso e eu menos ainda, ainda mais enfiada aqui em casa, a mulher é mais tranquila em relação a essas coisas (risos) (P.6, comunidade rural).

No que diz respeito à gestão de risco que elas realizam, foi observado que são poucas as mulheres que têm buscado implementar estratégias para reduzir a probabilidade de serem infectadas, um aspecto que é evidenciado na Tabela 1.

Tabela 1 – Aceitação e uso do preservativo pelas mulheres das comunidades estudadas em San Luis Potosí, S.L.P. México, 2010-2013

		Mulheres urbanas		Mulheres rurais	
		N	%	N	%
Uso de preservativo	Usavam	7	70	4	40
	Pretendiam usar	3	30	0	0
	Não usavam	0	0	6	60
	Não aceitavam usar	0	0	1	10
Motivo do uso	Método contraceptivo	2	20	3	30
	Prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis	5	50	1	10

Fonte: Direta, entrevista

Na Tabela 1 é possível observar que a diferença nas informações sobre o preservativo também é refletida nas experiências relatadas sobre a utilização do mesmo, tópico que mostra diferenças significativas entre os grupos, prevalecendo uma maior aceitação do seu uso entre as mulheres das comunidades urbanas.

Entre os fatores que desencorajam o uso do preservativo, encontram-se desde aspectos morais negativamente associados com o seu uso, até a negação violenta do seu uso por parte dos homens. Para algumas das informantes, prevalecem os aspectos morais negativamente associados com o uso do preservativo, o que impede a negociação assertiva dessas mulheres com os seus parceiros sobre o seu uso.

Eu nunca pedi a ele para usar preservativo porque nenhum de nós gosta de usar isso, eu acho que ele ficaria com raiva se eu lhe pedisse, eu digo isso porque eu sei, ele se zangaria e até mesmo me xingaria (risos) ... se ele me pedisse para fazer com preservativo, eu diria que não, porque eu não gosto, isso é para malucas (P. 20, comunidade rural).

No entanto, também foram identificados casos em que elas eram conscientes da importância de sua utilização, mas tiveram que aceitar a recusa decisiva de seu uso pelos parceiros e tiveram que viver com o medo de ser infectadas, reconhecendo-se como sem autoridade em relação a sua própria saúde sexual e reprodutiva.

Ele nunca quis usar o preservativo, dizia que era porque eu sou sua esposa e isso não tem que ser assim, porque ele não anda com mais ninguém ... eu dizia a ele que era pelo fato dele ir de um lado para o outro eu não podia estar segura, e então ele me dizia "não, isso deve ser feito como deve ser" (P. 9, comunidade urbana).

Discussão

Este estudo analisou a influência que a violência sexual tem na percepção e gestão do risco de HIV, por mulheres casadas com migrantes. Uma das descobertas mais importantes foi o fato de que nenhuma diferença foi encontrada nas experiências de violência que as mulheres rurais e urbanas vivenciam, o que difere das afirmações feitas por outros pesquisadores⁽¹³⁾. Entretanto, os resultados deste estudo coincidem com outros que afirmam que, independentemente das características das localidades, do nível de escolaridade ou da renda financeira, a desigualdade de gênero é uma realidade que aumenta a vulnerabilidade das mulheres às DSTs⁽¹⁴⁾.

A narrativa de uma reconfiguração das práticas sexuais no contexto migratório coincide com o relatado por outros estudos, reforçando o fato de que estar inserido em contextos modernistas e liberais parece influenciar nas percepções, experiências e papéis que os indivíduos têm em relação à sexualidade. Isto também parece favorecer os comportamentos sexuais daqueles que às vezes são reprimidos em seus contextos de origem, mas que nas condições prevalentes de pressão social, emocional e cultural dos processos de migração, encontram uma justificativa para explorar novos comportamentos⁽¹⁵⁾.

As narrativas expostas sobre as reconfigurações que ocorrem no contexto sexual mostram que a migração não pode ser classificada como um comportamento de risco, mas sim como uma dinâmica que acompanha os processos de mobilidade e que potencializa a vulnerabilidade daqueles que migram às DSTs, assim como a vulnerabilidade das esposas que esperam seu retorno⁽²⁾.

As mulheres narram atos de extrema violência em suas práticas sexuais, no entanto, elas chegam a normalizá-los e justificá-los em função dos imaginários culturais que ditam socialmente como a sexualidade deve ser vivida entre homens e mulheres. Tais evidências reforçam o conceito que nas mulheres a sexualidade deve ser vivenciada mais como um ato biológico-reprodutivo do que erótico-prazeroso. Agamben se refere à assimetria de poder que se verifica no encontro heterossexual, mencionando as categorias *sagrado* e *profano*, onde a primeira corresponde às mulheres por estarem fortemente associadas à procriação, enquanto a segunda está relacionada com a obtenção de prazer e corresponde aos homens. Nessa linha de raciocínio, considera-se como uma obrigação das mulheres garantir que a satisfação sexual não seja adiada para eles, mesmo que elas sofram com tais encontros sexuais⁽¹⁶⁾.

A subestimação do risco de contrair HIV pelas mulheres é baseada na confiança na exclusividade sexual de seus parceiros e é influenciada pelos padrões duplos envolvidos na transmissão de DSTs. Por sua vez, esses padrões são derivados de uma série de situações culturais que consideram as práticas sexuais mais a partir da perspectiva religiosa ou mística do que do ponto de vista de saúde⁽¹⁷⁾.

Na tentativa de reforçar seu conceito de imunidade e eximir-se dos riscos, as mulheres não só reproduzem discursos morais que desqualificam as formas de prática sexual diferentes das exercidas na heterossexualidade, mas também legitimam uma série de preconceitos morais que dificultam a sua própria percepção dos riscos da doença. O respaldo que elas dão ao estigma e à discriminação que caracterizam a doença, resulta em um compromisso coletivo a ser cumprido, uma vez que a reprodução desses imaginários funciona como um mecanismo de disciplinamento que visa convencer as pessoas de que existem maneiras “corretas” e “incorretas” de se relacionar sexualmente.

Foucault reconheceu que o comportamento sexual é controlado socialmente por dois tipos de dispositivos, um de *segurança* e outro de *disciplinamento*. O *dispositivo de segurança* (imunidade subjetiva) funciona antecipando-se ao dano, produzindo e respaldando discursos que convencem as pessoas sobre a importância de exercer uma sexualidade heterossexual, monogâmica e reprodutiva, para em troca, assegurar uma imunidade contra as DSTs. O *dispositivo de disciplinamento* (estigma) é aplicado para evidenciar publicamente as consequências com dano físico e moral que uma prática sexual “incorreta” traz na ordem social vigente, forçando a população a ficar ciente do “*destino trágico*” que encontram aqueles que não seguem o

padrão regulamentar socialmente estabelecido em relação à sexualidade⁽¹⁸⁾.

Para compreender o significado social que essa “imunidade” cria e reproduz, é importante recorrer às contribuições teóricas de Douglas e Esposito. A primeira reconhece a existência dessa “imunidade subjetiva”, como um mecanismo pelo qual os indivíduos ignoram o risco devido ao excesso de confiança depositada em seu ambiente e na familiaridade com suas rotinas sociais. O segundo fornece elementos necessários para se acreditar que essa “imunidade subjetiva” é construída a partir de processos intersubjetivos e inclui os valores que são prioridade para cada grupo social. Nesse sentido, nem todos os grupos sociais são iguais em termos de risco, as donas de casa, por exemplo, não são “aparentemente” expostas ao mesmo nível de risco que os homossexuais ou profissionais do sexo^(7,19).

O uso do preservativo foi citado como a principal estratégia de gestão de riscos em relação aos seus parceiros, sendo as mulheres urbanas as que relataram maior consciência e hábito do uso de tal dispositivo. Isto pode estar associado, como mencionado por outros autores, com um menor acesso das mulheres rurais à educação formal, assim como com as conjunturas sócio-políticas que prevalecem nas escolas rurais do México, ainda conservadoras e com professores menos capazes de informar sobre sexualidade⁽²⁰⁾.

A rejeição das mulheres pelo uso do preservativo, pode estar relacionada ao fato de que suas práticas sexuais não são vividas com satisfação. Isto se baseia na hipótese de que disfrutar do ato de uma maneira erótico-prazerosa envolve o exercício de uma consciência que contempla o prazer como um direito e ao mesmo tempo, privilegia o direito de manter a saúde e se proteger contra as DSTs⁽²¹⁾.

Por outro lado, esta pesquisa permitiu reiterar a observação feita por outros estudos, realizados sobre os valores morais à respeito de negociar ou aceitar o uso do preservativo nas “relações estáveis”, visto que negociar ou aceitar a sua utilização pode significar uma autorização para que o parceiro aceite sexualmente outros corpos⁽²²⁾.

Por fim, o presente estudo evidencia que a percepção de risco não é decisiva no enfrentamento da ameaça a qual estão expostas e na gestão do risco. Tanto a percepção como a gestão dependem principalmente da atitude que os seus parceiros assumem a esse respeito, em contextos nos quais a ideologia patriarcal desencoraja a aceitação do uso de medidas de proteção e coloca as mulheres em desvantagem quanto à decisão das condições em que o encontro sexual acontece⁽²³⁻²⁴⁾.

Conclusão

As mulheres relataram sua prática sexual como uma obrigação decorrente do contrato conjugal, mas também como uma estratégia para reduzir a possibilidade de abandono e infidelidade, ou como um meio para cumprir com a função biológica e social da reprodução. Em função disso, elas relataram participar de encontros sexuais indesejados e sob as condições que seus parceiros determinam, nas quais a recusa em usar o preservativo é frequente.

Na tentativa de fortalecer seu senso de imunidade, as mulheres reproduzem discursos morais que não só desqualificam as práticas sexuais diferentes daquelas exercidas na heterossexualidade, mas também legitimam uma série de preconceitos morais que impedem a sua própria conscientização de risco e contribuem para estigmatizar aqueles que são infectados.

A construção simbólica elaborada em relação ao HIV/AIDS, tem servido principalmente para estigmatizar as pessoas afetadas pela doença, funcionando como um dispositivo de disciplinamento que, na dimensão social, castiga pelo uso que os indivíduos fazem de seus órgãos genitais, e que exclui a responsabilidade do Estado e da sociedade quanto à falta de oportunidades e à desigualdade entre homens e mulheres no exercício da sexualidade.

Os resultados evidenciam a importância e a necessidade de abordar os riscos para a saúde, através de enfoques qualitativos e propostas que recuperem as experiências dos indivíduos em relação às ameaças. Observa-se também a necessidade de reconhecer que o risco não ocorre somente como resultado de uma escolha racional, mas também como consequência de contextos saturados de complexidade cultural, social e política e que tornam alguns indivíduos mais vulneráveis do que outros. Por outro lado, é necessário incorporar a perspectiva de gênero nos cuidados de saúde, reconhecendo a desigualdade de poder que ocorre na prática sexual dos indivíduos e incentivando que a enfermagem implemente estratégias que favoreçam o empoderamento das mulheres, para que elas sejam capazes de perceber seu risco em relação à doença e negociar de forma assertiva o uso do preservativo com seus parceiros.

Agradecimentos

Às mulheres que participaram com suas histórias e experiências de vida e aos Serviços de Saúde de San Luis Potosí, por servirem como meio para estabelecer o contato com as participantes. A Dra. Cecilia Costero Garbarino, cujas contribuições como orientadora de tese

levaram à reflexão teórica e validação metodológica deste estudo.

Referências

1. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Informe anual 2013- 2014. El enfrentamiento de la violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe (LC/G.2626), Santiago de Chile; 2014.
2. Leyva FR, Aracena GB, Serván ME. Population mobility and HIV/aids in Central America and Mexico. *Rev Panam Salud Publica*. 2014;36(3):143-9.
3. Rojas K, Rosado T, Cantera L, Marengo L, Sánchez A. Trends in public health policies addressing violence against women. *Rev Saúde Pública*. 2014;48(4):613-21.
4. Bermúdez RV, Bran PL, Palacios ML, Posada ZI. Influence of HIV related stigma on health care access. *Salud Pública Méx*. 2015;57(3):252-9.
5. Jacques AC, García DP, Díez E, Martín S, Caylá J. Explicaciones de las prácticas sexuales de riesgo en hombres que tienen sexo con hombres. *Gaceta Sanit*. 2015;29(4):252-7.
6. Temores AG, Infante C, Caballero M, Flores PF, Santilles AN, Salud mental de migrantes centroamericanos indocumentados en tránsito por la frontera sur de México. *Salud Pública Méx*. 2015;57(3):227-33.
7. Douglas M. La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales. Barcelona: Paidós Studio; 1996. 173 p.
8. Angrosino M. Etnografía y observación participante en investigación cualitativa. Madrid: Morata; 2014. 144 p.
9. Bartavedian J. Sobre travestis, clientes y maridos: género y sexualidad en la construcción de las identidades de travestis brasileñas trabajadoras del sexo. *Rev Antropol Soc*. 2014;23:237-61.
10. Lamas M. Las putas honestas, ayer y hoy. En: *Cuerpo, sexo y política*. México: Océano; 2014. p. 67-93.
11. Valles SM. Cuadernos Metodológicos: Entrevistas cualitativas. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas; 2014. 195 p.
12. Mairal G. La década del riesgo: situaciones y narrativas de riesgo en España a comienzos del siglo XXI. Madrid: Catarata; 2013. 192 p.
13. Bhandari S, Bullock L, Richardson J, Kimeto P, Campbell J, Sharps P. Comparison of abuse Experiences of Rural and Urban African American Women During Perinatal Period. *J Interpersonal Violence*. 2015;30(12):2087-108.
14. Abimanyi J. The better the worse: risk factors for HIV infection among women in Kenya and Uganda – demographic and health survey. *AIDS Care* 2011;23(12):1545- 50.

15. Hirsch J, Desire across borders: markets, migration, and marital HIV risk in rural Mexico. *Culture, Health & Sexuality: Int J Res Interv Care*. 2015;17(1):20-33.
16. Agamben G. *Profanaciones*. Buenos Aires: Adriana Hidalgo; 2005. 126 p.
17. Bermúdez M, Ramiro M, Sierra J, Buela CG. Construcción de un índice de riesgo para la infección por el VIH y su relación con la doble moral y el poder diádico en adolescentes. *Anales Psicol*. 2013;29(3):917-22.
18. Foucault M. *Seguridad, territorio, población*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina; 2006. 488 p.
19. Esposito. *Communitas: origen y destino de la comunidad*. Buenos Aires: Amorrortu; 2003.
20. Huneeus A, Deardorff J, Lahiff M, Guendelman S. Type of Primary Education Is Associated With Condom Use at Sexual Debut Among Chilean Adolescents. *Sexually Transmitted Dis*. 2014;41(5):306-11.
21. Teva I, Bermúdez MP, Ramiro MT. Sexual satisfaction and attitudes towards the use of condoms in adolescents: Evaluation and analysis on their relationship with condom use. *Rev Latinoam Psicol*. 2014;46(2):127-36.
22. MacDonald T, McKenna C, Mouck L. The Person and the Partner: Individual Differences Moderate the Relationship Between Partner Feedback and Condom Use. *AIDS Behav*. 2015;(Sept):1-12.
23. Fiaveh D, Izugbara C, Okierefo U, Reysoo F, Fayorsey C. Construcciones de prácticas de masculinidad y feminidad y negociación sexual de riesgo entre las mujeres en Ghana urbana. *Cultura, Salud y Sexualidad: Int J Invest Interv Atención*. 2015;17:650-62.
24. Dworkin S, Treves S, Lippman S. Gender-Transformative Interventions to Reduce HIV Risks and Violence with Heterosexually-Active Men: A Review of the Global Evidence. *AIDS Behav*. 2013;17(9):2845-63.

Recebido: 16.7.2015

Aceito: 20.6.2016

Correspondência:

Yesica Yolanda Rangel Flores
Universidad Autonoma de San Luis Potosí. Facultad de Enfermería
Zona Universitaria San Luis Potosí
78250
E-mail: yesica.rangel@uaslp.mx

Copyright © 2016 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.