

PERCEPÇÃO DE VULNERABILIDADE FEMININA AO VÍRUS DA AIDS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

PERCEPTION OF FEMININE VULNERABILITY TO THE VIRUS OF AIDS IN THE FAMILY STRATEGY HEALTH

*Wendell S Carneiro¹, Jailson Alberto Rodrigues¹, Micheline R Felix², Ana Célia R Athayde³,
Katuscia MS Lôbo⁴, Vinícius LR Vilela⁵*

RESUMO

Introdução: a partir da década de 1990, o perfil da doença mudou. A principal via de transmissão passou a ser a heterossexual, o que provocou um aumento significativo do número de casos da doença em mulheres. **Objetivos:** diante da diversidade de fatores que envolvem o tema HIV/aids, surgiu a necessidade da realização de um estudo sobre a percepção das mulheres sobre sua vulnerabilidade ao vírus, para identificar tabus e mitos envolvidos na maneira com que a doença é representada na sociedade. **Métodos:** para isso, fez-se um estudo quantitativo em unidade de saúde da família (USF) do município de Campina Grande – PB, com amostra de 35 mulheres de vida sexual ativa. **Resultados:** oitenta por cento dessas mulheres são casadas; 17,1% solteiras e 2,9% separadas; 37,1% têm 12 ou mais anos completos de estudo; 31,4%, 5 a 8 anos de estudo; 22,9%, de 9 a 11 anos de estudo e 8,6%, de 0 a 4 anos de estudo; 57,1% não praticam religião; 65,7% não usaram preservativo na última relação; 37,2% consideraram impossível adquirir o HIV/aids; 25,7% consideraram quase impossível; 20% consideraram pouco possível e 17,1% das mulheres consideraram possível. **Conclusão:** as entrevistadas não têm boa percepção de sua vulnerabilidade ao HIV/aids, além disso, o uso de preservativo ainda não é prática usual, mesmo nas que frequentam os serviços de saúde.

Palavras-chave: HIV, preservativo, DST

ABSTRACT

Introduction: starting from the decade of 1990, the profile of aids changed. The main transmission way started to be the heterosexual, which provoked a significant increase in the number of cases of the disease in women. **Objective:** before the diversity of factors that involves the subject HIV/aids, appeared the necessity of the realization of a study about the perception of the women about their vulnerability to the virus, to identify taboos and myths involved in the way of disease to be represented in the society. **Methods:** for that, a quantitative study was done in unity of health of the family (USF) of the local authority of Campina Grande – PB, with sample of 35 women of active sex life. **Results:** 80% of this women are married; 17,1% are single women and 2,9% are divorced; 37,1% have twelve or more complete years of study; 31,4% five to eight years of study; 22,9% from nine to eleven years of study and 8,6% from zero to four years of study; 57,1% do not practice religion; 65,7% did not use condom in it last intercourse; 37,2% considered impossible to acquire the HIV/aids; 25,7% considered almost impossible; 20% considered improbable and 17,1% of the women considered possibly. **Conclusion:** the interviewed do not have a good perception of their vulnerability to the HIV/aids, besides, the use of condom still is not a usual practice, even in women that frequent the services of health.

Keywords: HIV, condom, STD

INTRODUÇÃO

A epidemia da síndrome da imunodeficiência adquirida, aids, teve início nos anos 1980 acometendo pessoas que tinham em comum o fato de serem jovens, a maioria homens homo e bissexuais. Pouco tempo depois foram identificados casos entre usuários de drogas endovenosas, hemofílicos, parceiros heterossexuais de portadores do HIV e crianças filhas de mulheres com vida sexual promíscua ou usuárias de drogas¹. Tais aspectos levaram a se acreditar que a infecção pelo HIV seria restrita a grupos com comportamentos de risco definidos, desta forma as mulheres não usuárias de drogas e com parceiro único não se consideravam vulneráveis à doença, pois não se enquadravam no que se denominava anteriormente de “grupos de risco”. Essa determinação produziu isolamento e discriminação dos doentes, pois a doença era associada a comportamentos desviantes, ou seja, não aceitos como normais pela sociedade.

A partir da década de 1990 o perfil da doença mudou. A principal via de transmissão passou a ser a heterossexual, o que provocou um aumento significativo do número de casos da doença em mulheres. A razão homem/mulher de infectados, que era de 28:1 em 1985, passou para 2:1 em 2002². De acordo com o relatório anual do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids, existem no mundo aproximadamente 40 milhões de pessoas vivendo com a infecção. A África Subsaariana é a região mais afetada, com aproximadamente 2/3 do total mundial (25,4 milhões de pessoas com o HIV), desse número, 3/4 são do sexo feminino.

As desigualdades de gêneros existentes, mais comumente nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, desempenham um fator a mais na determinação da vulnerabilidade feminina. As mulheres são tratadas desigualmente em termos políticos, culturais e socioeconômicos, compreendendo a não observância dos direitos fundamentais, relações desiguais de poder e acesso diferenciado a bens materiais e simbólicos, e têm lugar tanto no âmbito das famílias e parcerias, quanto da sociedade ou das culturas nacionais e supranacionais, organizadas em sistemas de crenças e códigos de valores³.

No Brasil, já foram notificados 433.067 casos de aids até junho de 2006⁴. Considerando ainda atrasos de notificações, a taxa de incidência de 2003 foi elevada para 20,7/100.000 habitantes, sendo 25,4 em homens e 16,1 em mulheres⁵.

¹ Alunos do curso de Bacharelado em Enfermagem - Faculdades Integradas de Patos – FIP.

² Aluna do curso de Especialização em Saúde da Família – FIP.

³ Professora-adjunta da Unidade Acadêmica de Ciências Biológicas/CSTR da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG.

⁴ Aluna do Mestrado de Zootecnia da UFCG, campus de Patos – PB, bolsista do CNPq.

⁵ Aluno do Curso de Medicina Veterinária – UFCG.

As mulheres são mais vulneráveis à infecção pelo HIV do que os homens, do ponto de vista biológico, pois a superfície vaginal exposta é relativamente extensa e o sêmen apresenta maior concentração do vírus do que a secreção vaginal. O papel atribuído a elas na sociedade, de mãe, esposa e cuidadora, assim como suas relações de submissão e dependência econômica dos parceiros dificultam o acesso a informações adequadas sobre a doença, suas formas de contágio e medidas de prevenção, aumentando ainda mais a sua vulnerabilidade⁶.

Em muitos setores que dão atenção à saúde, as mulheres são tratadas como se não tivessem sexo e sexualidade, não havendo espaço para a abordagem de problemas concretos, muitas vezes vivenciados por elas como sexo fora do casamento, DST, gravidez indesejada, drogas e aids. Ao longo desses anos, percebe-se que as ações propostas para o enfrentamento da epidemia em mulheres se deparam com o desafio de articular a prevenção e a assistência, no sentido de gerar autonomia sexual e reprodutiva, ao mesmo tempo em que se necessita agregar à discussão feminista, uma crítica social mais ampla⁷.

Estudo referente ao comportamento sexual dos brasileiros apontou que as relações estáveis são mais frequentes entre as mulheres do que entre os homens; porém, em contrapartida, aquelas também são as que menos usam o preservativo. Além disso, de acordo com o referido estudo, a mulher inicia sua vida sexual mais precocemente e de maneira mais fiel do que o homem⁸.

OBJETIVO

Diante da diversidade de fatores que envolvem o tema HIV/aids; da representação mundial dessa epidemia e da maneira como a doença está espalhando-se entre as mulheres, especialmente entre aquelas que “não apresentam comportamentos de risco”, surgiu a necessidade de um estudo sobre a percepção que as mesmas têm de sua vulnerabilidade ao vírus, com o intuito de identificar os tabus e mitos que estão envolvidos na maneira como a doença está representada na sociedade.

MÉTODOS

Tipo e local de estudo

O presente estudo é de caráter exploratório descritivo que, segundo Richardson R.⁹, “tem por finalidade principal conhecer as características de um determinado fenômeno para procurar, posteriormente, explicações das causas e consequências do mesmo”. Foi utilizada para isso uma abordagem quantitativa. O mesmo realizou-se na Unidade de Saúde da Família do Cinza, implantada em 2001, sendo responsável por 480 famílias. A equipe é composta por quatro agentes comunitários de saúde, um auxiliar de enfermagem, uma enfermeira, uma médica, uma recepcionista, uma auxiliar de serviços gerais e dois vigilantes. A Unidade de Saúde está localizada no bairro do Cinza, zona urbana do município de Campina Grande – PB.

O município de Campina Grande encontra-se situado no Brejo Paraibano, no Planalto da Borborema, tem uma população estimada em 376.132 habitantes¹⁰, sendo considerado a segunda cidade mais populosa do Estado da Paraíba. Sua área territorial é de 621 km² e está localizado a 120 km da capital do estado, João Pessoa. É

considerado um dos principais polos industriais e tecnológicos da Região Nordeste do Brasil. As áreas de maior destaque da cidade são: informática, serviços de saúde e educação, e além do comércio e da indústria de calçados e têxtil, sedia empresas de porte nacional e internacional.

Universo e amostra

O universo constituiu-se de todas as mulheres em idade fértil cadastradas na USF do Cinza, sendo a amostra constituída de 35 mulheres entre 15 e 49 anos de idade, que estão no auge de sua vida sexual, produtiva e reprodutiva, escolhidas de forma aleatória, que voluntariamente desejaram participar da pesquisa.

Instrumento de coleta de dados

Os dados foram coletados através de questionário no qual estão contidas questões relacionadas às condições sociais, econômicas, culturais, assim como investigação sobre os comportamentos de risco e a percepção das mulheres sobre sua vulnerabilidade ao vírus HIV.

O processamento dos dados

Os dados foram coletados, compilados e analisados quantitativamente, computados e apresentados através de tabelas e figuras, utilizando, para análise, a estatística descritiva. Para melhor visualização dos mesmos, recorreu-se a ilustrações compostas por tabelas e/ou figuras utilizando o *microsoft excel*.

Procedimento ético

Por se tratar de pesquisa com seres humanos, foram explicados aos sujeitos da pesquisa os objetivos do estudo e sua metodologia, além de garantir aos mesmos o sigilo sobre sua identidade e o direito de desistência de sua participação em qualquer fase da pesquisa, conforme a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil. Tendo-se visto isso, o trabalho foi enviado ao comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande, *campus* de Patos – PB, para apreciação de sua viabilidade ética. Sendo aprovado em reunião extraordinária, recebeu número de protocolo para realização da pesquisa (103/2009) e posteriormente efetuaram-se a coleta dos dados e os demais procedimentos de realização do estudo.

RESULTADOS

Os resultados obtidos são apresentados através de tabela e gráficos, a partir do cálculo de valores absolutos e relativos, seguidos de análise crítica. Os dados foram analisados em três momentos: primeiro foram apresentadas tabelas contendo as características socioeconômicas das mulheres entrevistadas; em segundo, os comportamentos de risco relatados pelas mesmas; e, em terceiro, algumas correlações entre tais comportamentos e a percepção de risco por elas referida.

Dados socioeconômicos

Observou-se que, das 35 mulheres entrevistadas, 11,4% apresentam idade entre 10 a 19 anos; 17,1%, idade entre 20 a 24 anos; 28,6% estão com a faixa etária entre 25 a 29 anos; 5,7%, entre 30

a 34 anos; seguidas de 22,9% com idade entre 35 a 39 anos; 8,6% com idade entre 40 a 44 anos; e 5,7% com idade entre 45 a 49 anos.

Quanto à etnicidade, a frequência de mulheres brancas foi de 31,4% das entrevistadas, e de mulheres pardas e negras, 68,6%, mostrando uma maior prevalência de mulheres de pele escura. A população negra tem uma posição desfavorável do ponto de vista socioeconômico, pois estudos mostram que existe uma grande diferença entre as remunerações médias de chefes de família negros e brancos com escolaridade equivalente³. Segundo o autor, há evidências de que a população negra brasileira está mais vulnerável à disseminação do HIV/aids, pois está sujeita às consequências adversas da falta de estrutura, presentes nas comunidades mais pobres e faveladas, determinando uma maior exposição à oferta de drogas ilícitas, entre outras, bem como a dificuldade de acesso a serviços de saúde que enfoquem a prevenção de maneira adequada.

Viu-se, ainda, que 80% das participantes do estudo são casadas ou têm companheiro; 17,1% são solteiras; e 2,9% são divorciadas ou separadas. Estudos relatam que as mulheres que mantêm relacionamentos estáveis, ou seja, com um único parceiro, não costumam usar preservativos nas relações sexuais, pois essas relações são sustentadas por valores como confiança, fidelidade e respeito mútuos, o que torna, para elas, desnecessária a proteção contra doenças, permanecendo apenas a preocupação contraceptiva e, conseqüentemente, aumentando sua vulnerabilidade¹¹.

Distribuindo-se a amostra em percentual quanto à renda familiar em salários mínimos, detectou-se o seguinte fenômeno: 42,8% das participantes têm uma renda familiar entre um e dois salários mínimos; 28,6% vivem com uma renda familiar acima de dois salários mínimos; 20% têm uma renda familiar entre meio e um salário mínimo; e 8,6% vivem com uma renda familiar de zero a meio salário mínimo.

Esses dados sugerem uma predominância de renda familiar entre um e dois ou mais salários mínimos, denotando condições socioeconômicas que não atendem às necessidades básicas de vida. De acordo com o manual de política de atenção integral à saúde da mulher (2204), as populações expostas a precárias condições de vida estão mais vulneráveis às doenças e vivem menos. O relatório sobre a situação da população mundial (2002) demonstra que o número de mulheres que vivem em situação de pobreza é superior ao de homens, que as mulheres trabalham mais horas do que os homens e que, pelo menos, metade do seu tempo é gasto em atividades não remuneradas, o que diminui o seu acesso aos bens sociais, inclusive aos serviços de saúde.

Constatou-se que 62,8% das mulheres entrevistadas não possuem nenhuma renda; 20% têm uma renda inferior a um salário mínimo; 14,3% possuem uma renda entre um e três salários mínimos; e 2,9% possuem uma renda superior a três salários mínimos. Pode-se observar na tabela que há uma predominância de mulheres que não dispõem de nenhuma renda mensal, sugerindo uma situação de dependência financeira de programas sociais. Observa-se também que existe um maior percentual de mulheres que percebem uma renda de menos de um salário mínimo, retratando a precariedade do trabalho feminino. Segundo a síntese dos Indicadores Sociais de 2004, do IBGE, no Brasil as mulheres recebem menos que os homens em todos os níveis de escolaridade. Cerca de 32% da população masculina ocupada ganhava até um salário mínimo, e para a população feminina essa proporção era de 49%.

Observou-se que 37,1% das mulheres têm 12 ou mais anos completos de estudo; 31,4% têm de 5 a 8 anos completos de estudo; 22,9% das mulheres têm de 9 a 11 anos completos de estudo; e 8,6% deles têm de zero a quatro anos completos de estudo. Segundo o Manual de Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004), a baixa escolaridade e classe social são inversamente proporcionais à possibilidade de negociação com o parceiro sobre o uso de preservativos. Porém, mesmo com maior poder aquisitivo, grau de instrução e independência financeira, a mulher ainda tem pouco espaço de negociação nas relações. Por outro lado, ela percebe-se menos exposta ao risco. Portanto, o fato de ter predominado, na pesquisa, um maior número de mulheres com mais de 12 anos de estudo não sugere melhor nível de informação sobre a doença entre tais mulheres.

Em relação à prática religiosa, notou-se que 57,1% das mulheres entrevistadas não praticam religião e 42,9% das mulheres praticam algum tipo de religião. A fé irrestrita em Deus é um dos pilares que viabiliza a crença de proteção contra doenças como a aids, pois a ligação com o sagrado sempre trouxe conforto e esperança em situações de enfermidade, sobretudo para populações menos abastadas economicamente. Os autores afirmam que condições de doenças, muitas vezes, são percebidas como frutos de aprendizado a partir de castigos de Deus¹².

Das entrevistadas, 82,9% não possuíam plano de saúde; 17,1% relataram possuir plano de saúde; 80% das mulheres entrevistadas procuram o serviço de saúde e 20% das mulheres não costumam procurá-los. De 80% das mulheres que procuram o serviço, 67,9% o fazem numa frequência de zero a cinco vezes por ano; e 32,1% procuram o serviço mais de cinco vezes por ano.

Em uma pesquisa realizada com mulheres residentes em São Leopoldo – RS, constatou-se que 69,7% das mulheres entrevistadas haviam realizado consulta médica no ano anterior à pesquisa. O mesmo estudo apontou uma média de 4,5 consultas médicas por ano, realizadas pelas mulheres.

Dados relacionados aos comportamentos de risco para o HIV/aids

A **Tabela 1** mostra que a maior parte (51,4%) das mulheres entrevistadas iniciou as relações sexuais com 18 anos de idade ou mais e, com relação ao número de parceiros nos últimos 3 meses, observa-se que 97,1% das entrevistadas tiveram de zero a um parceiro. A tabela mostra ainda o percentual de mulheres entrevistadas não usuárias do preservativo na última relação sexual, além da relação ao uso de álcool ou drogas antes da mesma, tanto por ela quanto pelo seu parceiro.

Em uma pesquisa realizada em Pelotas – RS, constatou-se que 47% das mulheres já mantinham relações sexuais antes dos 18 anos de idade, indicando alto índice de início precoce da vida sexual. As mulheres mais jovens estão mais vulneráveis às doenças sexualmente transmissíveis – DST, devido à imaturidade do aparelho genital³. A mesma pesquisa relatou um percentual de 28% de uso de preservativo na última relação sexual. Em uma pesquisa foi constatado o uso de preservativos por 29,1% das mulheres entrevistadas, sendo que 12% referiram o uso de preservativo como método contraceptivo, 17,1% referiram o uso como prevenção nas relações sexuais¹³.

Tabela 1 – Frequência dos comportamentos de risco para a infecção por HIV/aids.

Variável	Frequência	%
<i>Idade do início das relações sexuais</i>		
Menos de 18 anos de idade	17	48,6
18 anos ou mais	18	51,4
<i>Número de parceiros nos últimos 3 meses</i>		
0 – 1	34	97,1
2 ou mais	01	2,9
<i>Uso de preservativo na última relação sexual</i>		
Sim	12	34,3
Não	23	65,7
<i>Prática de sexo anal na última relação sexual</i>		
Sim	02	5,7
Não	33	94,3
<i>Uso de droga ou álcool pela mulher na última relação sexual</i>		
Sim	02	5,7
Não	33	94,3
<i>Uso de droga ou álcool pelo parceiro na última relação sexual</i>		
Sim	10	28,6
Não	25	71,4

Fonte: Pesquisa direta, UBSF – Cinza – Campina Grande/PB, 2006.

Com relação ao número de parceiros nos últimos 3 meses, houve uma predominância de mulheres casadas ou com parceiros estáveis. Realizou-se uma pesquisa com mulheres em que se evidenciou que as mesmas identificam o casamento como uma barreira para as DST, pois entendem estas doenças como próprias de “mulheres da vida”, sendo dessa forma pouco provável que as atinjam, mesmo reconhecendo que o parceiro pode ter relação com essas mulheres¹².

A prática de sexo anal na última relação sexual foi constatada em 2,8% das mulheres entrevistadas⁶. Em algumas literaturas, essas prevalências variam 7% quando investigado o último ano, 7% quando da última relação (adolescentes escolares)⁶. Outros estudos utilizaram métodos distintos (questionário autoaplicado, entrevista por telefone) sendo que a natureza da pergunta, que entra na intimidade do entrevistado, pode levar a muitas respostas falso-negativas.

A mesma pesquisa apontou o uso de álcool ou droga na última relação sexual pela mulher em 6,9% das entrevistadas; e 13,5% das mulheres relataram que o parceiro usou álcool ou drogas na última relação.

Autopercepção de vulnerabilidade das mulheres em relação ao HIV/aids

Quanto à autopercepção de vulnerabilidade ao HIV/aids, 37,2% das mulheres entrevistadas consideraram impossível adquirir o HIV/aids; 25,7% das mulheres consideraram quase impossível adquirir o HIV/aids; 20% consideraram pouco possível adquirir o HIV/aids e 17,1% das mulheres consideraram possível. Em contrapartida, na percepção de vulnerabilidade para DST/aids, 40% consideraram impossível adquirir a doença, 24% consideraram quase impossível, 18% classificaram a contaminação como pouco possível, 4% consideraram muito possível e 14% consideraram possível⁶.

DST - J bras Doenças Sex Transm 2009; 21(3): 101-106

As mulheres entrevistadas não percebiam o risco de contrair o HIV, por não se considerarem vulneráveis ao vírus ou por faltarem informações, e não adotaram comportamentos que as protegessem da contaminação¹⁴. A baixa consciência sobre sua vulnerabilidade não se deve apenas à desinformação, pois a maioria das mulheres vive em condições de dependência econômica e submissão ao parceiro, o que diminui ou abole o seu poder de negociação do uso de preservativos nas relações sexuais, mesmo naquelas que têm acesso à informação¹⁴.

Apesar de o perfil epidemiológico atual da aids apontar o elevado número de casos entre mulheres que possuem parceria sexual estável, observa-se que existe uma imunidade ideológica contra a doença, como forma de justificar a não adoção de estratégias preventivas⁷. Constatou-se na literatura, ainda, que as mulheres profissionais de saúde, embora possuidoras de conhecimento sobre o tema, ainda apresentam dificuldade para discutir a sexualidade e as práticas sexuais que gostariam de vivenciar⁷.

A **Figura 1** mostra a percepção de risco de infecção pelo HIV das mulheres que procuram o serviço de saúde. Percebe-se que 39,3% consideraram impossível contrair aids; 21,4%, quase impossível; 21,4%, possível; e 17,9%, pouco possível.

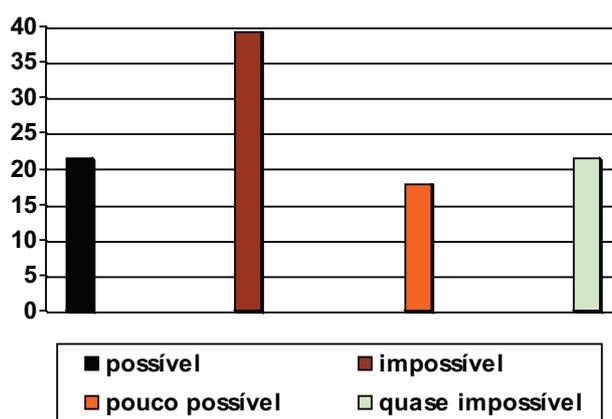


Figura 1 – Distribuição em percentual das mulheres que procuram o serviço de saúde quanto à autopercepção de vulnerabilidade ao HIV/aids. Fonte: Pesquisa direta, UBSF – Cinza – Campina Grande, 2006.

Os dados apresentados na figura anterior mostraram que a frequência ao Serviço de Saúde pelas mulheres não melhorou a percepção de sua vulnerabilidade ao vírus, ao contrário do que era esperado, pois se supõe que as pessoas que têm acesso aos serviços de saúde são dotadas de um mínimo de informações sobre as doenças, inclusive a aids. Esse resultado sugere o despreparo dos profissionais de saúde para lidar com o tema DST/aids, pois, ao abordá-lo, é necessário falar de sexualidade, da dicotomia existente nas relações de gênero e de como as práticas sexuais se expressam nesse universo, tornando-se difícil para os profissionais entrar na intimidade dessas mulheres, pois os tabus relacionados à sexualidade estão presentes também na vida dos mesmos. A valorização da mulher como reprodutora reflete-se também nos serviços de assistência à saúde, que voltam suas ações basicamente para o processo gravídico-puerperal.

A **Figura 2** mostra que, do percentual da amostra que procura o serviço de saúde (80%), 60,7% não usaram preservativo na última relação sexual e 39,3% delas usaram preservativo na última relação.

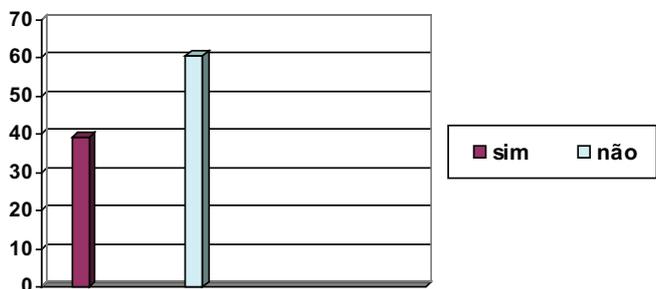


Figura 2 – Distribuição em percentual das mulheres que procuram o serviço de saúde quanto ao uso de preservativo na última relação sexual. Fonte: Pesquisa direta, UBSF – Cinza – Campina Grande, 2006.

O não reconhecimento do risco de contrair uma DST pode ser um fator que justifique a não adoção de método de prevenção contra essas doenças. Outro fator pode ser a confiança no parceiro fixo, pois alguns estudos demonstraram que o poder de negociação do preservativo na relação sexual é maior quando não existe uma relação estável. As mulheres vivendo em união estável têm sido colocadas em situação de vulnerabilidade à aids em decorrência de seu comportamento desprotegido, creditando confiança em seus parceiros¹³.

Os referidos autores realizaram uma pesquisa sobre o uso de preservativos por mulheres, na qual constataram que o aumento no número de consultas médicas não evidenciou qualquer influência dos serviços de saúde determinando a utilização de preservativos pelas mulheres. Constatou-se também que 12% das mulheres usavam o preservativo como método contraceptivo. Outros estudos sobre o planejamento familiar no Brasil apontaram uma baixa prevalência do uso do preservativo como método anticoncepcional, constatando a dificuldade de negociação do seu uso, mesmo nas pessoas que frequentam os serviços de saúde.

Na percepção de vulnerabilidade ao HIV/aids em mulheres com um nível de escolaridade de 12 anos completos averiguou-se que 30,8% delas consideraram quase impossível ou pouco possível adquirir a doença; 23,1% consideraram possível; e 15,3% consideraram impossível.

Com relação ao resultado geral da pesquisa, houve uma diminuição no percentual de mulheres que consideraram impossível, e um aumento nas que consideraram possível, pouco possível e quase impossível. Mesmo as mulheres com uma maior escolaridade não percebem sua vulnerabilidade ao HIV de maneira adequada.

Sobre o uso de preservativos por mulheres, existem significativas diferenças em relação à escolaridade, pois as mulheres com 12 a 14 anos de escolaridade usavam mais frequentemente preservativos, quando comparadas com a categoria de referência¹³. Esse resultado pode sugerir uma melhor percepção de vulnerabilidade nessas mulheres mais esclarecidas, pois as medidas de proteção são adotadas quando se admite que haja uma possibilidade de contágio.

As mulheres profissionais da saúde não adotam medidas de proteção contra o HIV⁷. A autora associa esse fato a uma negação

da própria vulnerabilidade e à forte influência da herança cultural, pois parece que essas profissionais não conseguem tirar proveito do conhecimento que possuem sobre a temática.

A **Figura 3** apresenta a percepção de vulnerabilidade ao HIV/aids em mulheres que praticam religião: 33,3% das mulheres consideraram impossível adquirir a doença; 26,7% acreditam ser quase impossível ser infectada pelo vírus; e 20% consideraram possível ou pouco possível adquirir a doença.

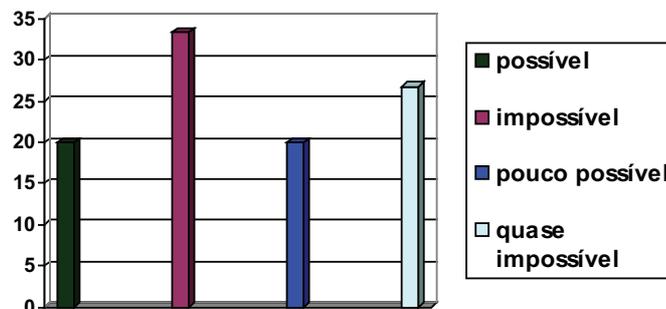


Figura 3 – Distribuição em percentual das mulheres que praticam religião quanto à percepção de vulnerabilidade ao HIV/aids. Fonte: Pesquisa direta, UBSF – Cinza – Campina Grande/PB, 2006.

As representações que se tem da aids ainda hoje são, em sua maioria, frutos das primeiras informações noticiadas, que apresentavam à sociedade uma doença grave, de evolução rápida, fatal, associada a homossexuais masculinos e prostitutas, relacionando-a com uma condição do “outro”. As mulheres casadas não faziam parte dos “grupos de risco”, portanto, eram consideradas isentas do risco de contrair a doença¹².

A religião tem um papel importante na representação do adoecer. A fê em Deus viabiliza a crença de proteção contra doenças. O discurso de cunho religioso permeia o discurso técnico, justificando as condições de vida, saúde e doença, como responsabilidades divinas e, por assim serem, aceitáveis, não se questionando estruturas históricas, socioeconômicas e políticas que possam determiná-las¹².

A **Figura 4** mostra que 66,7% das mulheres entrevistadas que consideraram possível contrair o HIV não usaram preservativo na última relação sexual; e 33,3% afirmaram que usaram preservativo na última relação sexual.

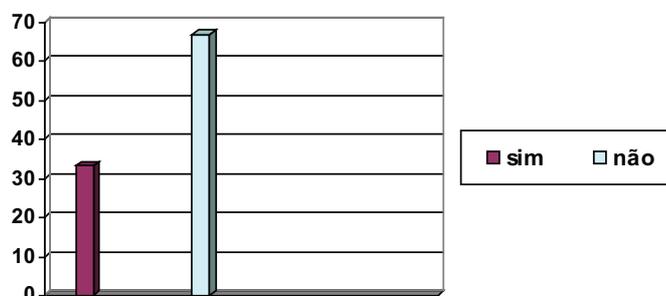


Figura 4 – Distribuição em percentual das mulheres que consideraram possível contrair o HIV quanto ao uso de preservativo na última relação sexual. Fonte: Pesquisa direta, UBSF – Cinza – Campina Grande/PB, 2006.

O resultado apresentado demonstra que a autopercepção de vulnerabilidade não reduz os comportamentos de risco, pois as mulheres, mesmo ao perceberem que seria possível contrair o vírus HIV, não utilizaram preservativo na última relação sexual. Esse resultado sugere que existe uma dificuldade de negociação de seu uso por parte das mulheres. A maioria das pesquisas realizadas sobre o uso de preservativos em mulheres aponta para uma limitação no seu uso. As justificativas apresentadas pelo não uso são, na maioria das vezes, a confiança no parceiro estável, a negação da própria vulnerabilidade, o medo de colocar em risco seu relacionamento afetivo-conjugal.

CONCLUSÃO

Com a realização desta pesquisa foi possível concluir que:

- As mulheres entrevistadas não têm uma boa percepção de sua vulnerabilidade ao HIV/aids.
- As mulheres costumam frequentar os serviços de saúde.
- O uso de preservativo, ainda é uma prática não usual, mesmo nas mulheres que frequentemente procuram os serviços de saúde.
- O nível de escolaridade ajuda as mulheres a ter uma melhor percepção de vulnerabilidade ao HIV.
- A religião demonstrou interferir negativamente na percepção adequada da vulnerabilidade ao HIV.
- A autopercepção de risco não determina a mudança de comportamento em relação à doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Filho GB. Patologia Geral. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 3ª ed., 2004.
2. Ministério da Saúde (Brasil). Guia de Vigilância Epidemiológica. Brasília: FUNASA 2002; 1.
3. Bastos FIA. Feminização da Epidemia de Aids no Brasil: Determinantes Estruturais e Alternativas de Enfrentamento. Rio de Janeiro: Coleção Abiá, Saúde Sexual e Reprodutiva, 2001. nº 3.
4. Ministério da Saúde (Brasil). Aids no Brasil. Aids em números. 2006. Brasília. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMS-13F4BF21PTBRIE.htm> Acessado em: 20/09/2006.
5. Ministério da Saúde (Brasil). Departamento de Atenção Básica. Série A: Normas e Manuais Técnicos. HIV/aids, hepatites e outras DST. Brasília. 2006. Cadernos nº 18.
6. Silveira MF, Béria JU, Horta BL, Tomasi E. Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e Aids em mulheres. São Paulo: Revista de Saúde Pública; 2002. 36 (6):670-7.
7. Maia CB. O significado da aids na vida de mulheres profissionais de saúde: do indizível à realidade. Curitiba: Universidade Federal do Paraná. 2004. Dissertação (mestrado). Setor de Ciências e da Saúde. p. 95.
8. Ministério da Saúde (Brasil). São Paulo: Instituto para o desenvolvimento da saúde. Universidade de São Paulo. Programa saúde da família. Manual de enfermagem. 2001.
9. Richardson RJ. Pesquisa social: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 1999. 3ª ed.
10. Instituto brasileiro de geografia e Estatística (IBGE). Censo. 2002. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/> Acessado em: 01/05/2007.
11. Amorim MM, Andrade AN. Relações afetivo-sexuais e prevenção contra infecções sexualmente transmissíveis e aids em mulheres do município de Vitória – ES. Maringá: Psicologia em estudo 2006; 11(2). Disponível em: http://www.scielo.br/scielophp?script=sci_arttex&pid=S14137372200600200012&lng=pt&nrm=iso Acessado em: 23/04/2007.
12. Nascimento AMG, Barbosa CS, Medrado B. Mulheres de Camaragibe: representação social sobre a vulnerabilidade feminina em tempos de aids. Recife: Revista brasileira de saúde materno-infantil 2005; 5(1).
13. Carreno I, Costa JSD. Uso de preservativo nas relações sexuais: estudo de base populacional. São Paulo: Revista saúde pública 2006. 40 (4). Disponível em: http://scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S003489102006000500024&lng=pt&nrm=iso Acessado em: 01/05/2007.
14. Alves RN, Kovacs MJ, Stall R, Paiva V. Fatores psicossociais e a infecção por HIV em mulheres. Maringá, PR. Rev Saúde Pública 2002 agosto; 36 (4 supl.):32-9.

Endereço para correspondência: **WENDELL SOARES CARNEIRO**

Rua Sérgio Lima, 266
Bairro Jardim Guanabara – Patos – PB
CEP: 58701-340
E-mail: wendell_sc@ig.com.br

Recebido em: 07.08.2009

Aprovado em: 27.10.2009