



UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR
Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação
Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania

COSETE SILVA RODRIGUES

**A FEMINIZAÇÃO DO HIV/AIDS NO MUNICÍPIO DE
SALVADOR/BAHIA SOB A PERSPECTIVA DE MULHERES
INFECTADAS: Uma questão de Gênero**

SALVADOR

2012

COSETE SILVA RODRIGUES

**A FEMINIZAÇÃO DO HIV/AIDS NO MUNICÍPIO DE
SALVADOR/BAHIA SOB A PERSPECTIVA DE MULHERES
INFECTADAS: Uma questão de Gênero**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador (UCSAL) como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Sociais e Cidadania na Linha de Pesquisa: Estado, Sociedade e Políticas Sociais.

Orientador: Pr. Dr. Michel Perreault

SALVADOR

2012

UCSAL SISTEMA DE BIBLIOTECA

TERMO DE APROVAÇÃO

COSETE SILVA RODRIGUES

A FEMINIZAÇÃO DO HIV/AIDS NO MUNICÍPIO DE SALVADOR/BAHIA SOB A PERSPECTIVA DE MULHERES INFECTADAS: Uma questão de Gênero

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador.

Salvador, 07 de Março de 2013

Banca Examinadora

Michel Perreault – Pós doutor em Medicina e Sociedade, Professor da Universidade Católica do Salvador

Mirian Paiva – Doutora em Enfermagem, Professora da Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia.

Josimara Delgado – Doutora em Serviço Social, Professora da Universidade Católica do Salvador

Dedico esse trabalho às várias mulheres, que em busca do *Ser* i nesse mundo, assumem vários papéis escolhidos ou in socialmente, e que, são vitimadas naturalmente pela desiguald gênero, responsável pela estruturação das outras desigualdades sociais, alicerçadas nas relações significantes de poder.

A minha mãe, que por existir, me fortalece, aguçando e fomentando, pela sua representatividade nesse mundo e na minha vida, o meu desejo de “Ser” parte integrante e reconstrutora do Ser Mulher.

A meu pai, que me faltam palavras para expressar tamanha gratidão, respeito e admiração, mas que, com todos os percalços dessa vida, conseguiu cumprir a “estranha tarefa” de contribuir para transformar-me no que sou hoje.

Aos meus irmãos, Uri e Crisna, pelo inenarrável incentivo e cumplicidade nos momentos de desespero e angústia, frente às adversidades naturais do caminho.

A André Coutinho, meu futuro esposo e companheiro, pela sua paciência, compreensão e cumplicidade, estando sempre ao meu lado, me orientando e incentivando a confiar em mim mesma. Sua presença na minha vida me possibilitou a descoberta da felicidade compartilhada.

AGRADECIMENTO

Agradeço à Universidade Católica do Salvador por me proporcionar uma dimensão maior das Políticas Sociais e das relações sociais, possibilitando-me uma maior qualificação, para a condução de investigações no meio social e da política social e para o enriquecimento nas reflexões teóricas acerca do pensamento social.

Agradeço às professoras e professores da Pós Graduação em Políticas Sociais e Cidadania, que na manifestação de seus saberes, me proporcionaram a educação no âmbito social.

Ao Centro Estadual Especializado em Pesquisa e Diagnóstico, principalmente ao Coordenador Dr. Carlos Lima, pelo acolhimento e auxílio no desenvolvimento do meu trabalho.

Ao professor Michel Perreault, que além de orientador desse trabalho, possibilitou-me enxergar manifestações do comportamento social da mulher, naturalizado pela subordinação, muitas vezes invisível à minha percepção de mulher, como ser integrante desse contexto social machista.

À professora Tatiana Brito de Araújo, professora Doutora da UNEB (Universidade do Estado da Bahia), que como amiga, e em muitas conversas informais, ajudou-me a compreender esse universo da pesquisa.

Por fim, mas não menos importante, quero agradecer a minha amiga Thays Freitas que me amparou e ampara com seus conselhos e várias maneiras de viver e ver a vida, pela demonstração de maturidade, perseverança, confiança e incentivo constante, nos vários momentos de desespero e “indagações”.

Agradeço a Deus por ter me oportunizado a passagem dessas pessoas pela minha vida e participado desse momento.

Vocês sempre farão a diferença na minha vida!

Pretendo continuar, nessa caminhada, com a certeza de que, minhas ações e estudos, independente da magnitude, irão contribuir com outras mulheres que necessitam de educação, incentivo, esclarecimento e saúde.

Assim, agradeço a todas as mulheres que fizeram parte dessa pesquisa, e que permitiram que eu, enquanto pesquisadora e mulher conhecesse o universo mais íntimo de suas realidades, baseadas no comportamento sexual adotado em suas relações com seus companheiros e parceiros. Quando menos esperamos, encontramos maneiras de enfrentar as diversas formas de problema, para enfim se alcançar a felicidade!

Cosete Silva Rodrigues

De manhã cedo essa senhora se conforma
Bota mesa, tira o pó, lava a roupa, seca os olhos
Ah, como essa santa não se esquece
De pedir pelas mulheres, pelos filhos, pelo pão
Depois sorri, meio sem graça e abraça
Aquele homem, aquele mundo
Que a faz assim feliz
De tardezinha essa menina se namora
Se enfeita, se decora, sabe tudo, não faz mal
Ah, como essa coisa é tão bonita
Ser cantora, ser artista, isso tudo é muito bom!
E chora tanto de prazer e de agonia
De algum dia, qualquer dia entender de ser feliz
De madrugada essa mulher faz tanto estrago
Tira a roupa, faz a cama, vira a mesa, seca o bar
Ah, como essa louca se esquece de
Quantos homens enlouquecem nessa boca, nesse
chão
Depois parece que acha graça e agradece
Ao destino aquilo tudo que a faz tão infeliz
Essa menina, essa mulher, essa senhora
Em que esbarro a toda hora no espelho casual
É feita de sombra e tanta luz
De tanta lama e tanta cruz
Que acha tudo natural.

(Elis Regina)

*“Mantenha seus pensamentos positivos, porque seus pensamentos tornam-se suas palavras.
Mantenha suas palavras positivas, porque suas palavras tornam-se suas atitudes.
Mantenha suas atitudes positivas, porque suas atitudes tornam-se seus hábitos.
Mantenha seus hábitos positivos, porque seus hábitos tornam-se seus valores.
Mantenha seus valores positivos, porque seus valores tornam-se seu destino.”*

(Mahatma Gandhi)

RESUMO

Desde a sua descoberta em 1981, a epidemia da infecção pelo vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e Aids vem se mostrando como um fenômeno global, contínuo, instável e dinâmico. Em pouco tempo, essa epidemia se transformou em um grave problema de saúde pública mundial em razão dos altos índices de morbi-mortalidade. A característica epidêmica fortemente masculina dessa patologia, com a maioria das vítimas homens, tanto homossexuais quanto heterossexuais vem mudando o seu perfil, e, cada vez mais a população feminina tem sido acometida: segundo dados da UNAIDS, no mundo, as mulheres jovens representam mais de 60% de todos os jovens que vivem com HIV e na África essa taxa chega a 72%. Diante desses dados, suscitou-se ao seguinte questionamento: Será que a vulnerabilidade das mulheres relacionada ao gênero vem contribuindo com o processo de feminização do HIV/Aids no município de Salvador no estado da Bahia? A partir de então, traçou-se como objetivo geral dessa pesquisa: descrever valores, atitudes, crenças, comportamentos e contextos histórico-socio-culturais que possam ter vulnerabilizado mulheres para a infecção pelo vírus HIV/Aids em Salvador, no estado da Bahia. E, como objetivos específicos: identificar com mulheres já contaminadas, no município de Salvador, valores, atitudes, crenças, comportamentos e contextos histórico-socio culturais que vulnerabilizaram as mulheres ao processo de infecção ao HIV/Aids; buscar com mulheres já contaminadas sua percepção frente a contaminação pelo HIV/Aids com relação ao homem, a idade, a renda e ao bairro; examinar com mulheres contaminadas as ações de saúde que poderiam ser realizadas na intenção de minimizar o processo de feminização do HIV/Aids. A metodologia adotada foi a qualitativa, com abordagem exploratória, tendo como foco a feminização da AIDS, adotando o gênero como recorte analítico. Essa pesquisa foi desenvolvida no antigo Centro de Referência em DST/ AIDS do Estado da Bahia (Cre aids), instituição pública do Sistema Único de Saúde (SUS). A população foi composta por um quantitativo mínimo de 14 mulheres cadastradas no serviço, no período de 2004 (momento do início do funcionamento da unidade) a agosto de 2011.

Palavras-chave: Epidemia mundial. Feminização. HIV/AIDS. Relação de gênero.

ABSTRACT

Since its discovery in 1981, the epidemic infection by the Human Immunodeficiency virus (HIV) and AIDS presents itself as a continuous, dynamic, and unstable global phenomenon. In a short space of time, this epidemic became a serious worldwide public health problem due to the high rates of morbidity and mortality. This epidemic that was heavily male with most victims both heterosexual and homosexual men is increasingly female: according to data from UNAIDS, in the world, young women represent over 60% of all young people living with HIV in Africa and this rate reaches 72%. Given these data, raised to the following question: Does the vulnerability of women related to gender has contributed to the process of feminization of HIV / AIDS in the city of Salvador in Bahia? From then drew up the general objective of this research: to describe values, attitudes, beliefs, behaviors and contexts historico-socio-cultural factors that may have vulnerabilized women to HIV infection / AIDS in Salvador, state of Bahia. And, as specific objectives: to identify with women already infected, in the city of Salvador, values, attitudes, beliefs, behaviors and socio-historical contexts cultural that may have vulnerabilized women to the process of infection with HIV / AIDS; seeking women already infected with their perception against contamination by HIV / AIDS in relation to men, age, income and neighborhood; examine women infected health actions that could be undertaken in an attempt to minimize the process of feminization of HIV / AIDS. The methodology was qualitative, with exploratory, focusing on the feminization of AIDS, adopting gender as analytical approach. This research was developed in ancient Reference Center for STD / AIDS State of Bahia (CREAIDS), a public institution of the Unified Health System (SUS). The population was composed of a minimum quantity of 14 women enrolled in the service, from 2004 (the time of initial operation of the unit) to August 2011.

Keywords: Global epidemic. Feminization. HIV / AIDS. Gender Relations.

TABELA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

CEP- SESAB	Comitê de Ética da SESAB
EEUFBA	Escola de Enfermagem da UFBA
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LCN	Lista de Notificação Compulsória
Munic	Pesquisa de Informações Básicas Municipais
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNPM	Plano Nacional de Políticas para as Mulheres
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
Sinan	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SPM	Secretaria de Proteção à Mulher
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UNEB	Universidade do Estado da Bahia

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
2. CONTEXTUALIZANDO O GÊNERO E O HIV	19
2.1 GÊNERO, HIV E AIDS NO BRASIL	19
2.2 GÊNERO, FEMINIZAÇÃO DA AIDS E VULNERABILIDADE	23
2.3 RELAÇÕES DE GÊNERO E O HIV/AIDS	26
2.4 RELAÇÕES DE GÊNERO E VULNERABILIDADE DAS MULHERES AO HIV/AIDS	28
3. RELAÇÕES DE GÊNERO E OS RELACIONAMENTOS	31
3.1 RELAÇÕES DE GÊNERO EM RELACIONAMENTOS ESTÁVEIS	31
3.2 RELAÇÕES DE GÊNERO EM RELACIONAMENTOS NÃO ESTÁVEIS	33
4. O PROCESSO DE FEMINIZAÇÃO	34
4.1 PROCESSO DE FEMINIZAÇÃO E O HIV/AIDS NO BRASIL	34
4.2 HIV/AIDS EM SALVADOR – BAHIA E A FEMINIZAÇÃO	36
5. CONTEXTUALIZANDO VULNERABILIZAÇÃO E VULNERABILIDADE	38
5.1 VULNERABILIZAÇÃO/VULNERABILIDADE: CONCEITOS	38
5.2 VULNERABILIDADE AO HIV/AIDS E A SEGREGAÇÃO FEMININA NO BRASIL E NA CIDADE DE SALVADOR	39
5.3 VULNERABILIDADE AO HIV/AIDS E O CONTEXTO SOCIOCULTURAL DA SEGREGAÇÃO FEMININA PARA A MULHER NEGRA	41
6. AÇÕES DESENVOLVIDAS PELA SECRETARIA MUNICIPAL CONTRA O HIV/AIDS	45
7. QUESTÃO NORTEADORA, OBJETO E OBJETIVO DA PESQUISA	46
8. PERTINENCIA DO TEMA E DA PESQUISA	46
9. PERCURSO METODOLÓGICO	48
9.1 MÉTODO INVESTIGATIVO UTILIZADO	48
9.2 TÉCNICA DE COLETA DOS DADOS	49
10. ANÁLISE DOS DADOS	53
10.1 CONSTRUÇÃO DOS GRUPOS TEMÁTICOS E ANÁLISE DOS DADOS	53
11. RESULTADOS	55
11.1 AS CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURAIS DAS PARTICIPANTES	55
11.2 GRUPO ESTÁVEL	55

11.3 GRUPO NÃO ESTÁVEL	57
11.4 OBSERVAÇÕES A PARTIR DOS PRONTUÁRIOS DAS PARTICIPANTES NO CEDAP	57
11.5 SEMELHENÇAS E DIFERENÇAS ENTRE PARTICIPANTES DOS DOIS GRUPOS	58
12. AS RESPOSTAS DO GRUPO FOCAL DE RELAÇÃO ESTÁVEL ÀS PRGUNTAS DA PESQUISA	59
12.2.1. COMO FORAM CONTAMINADAS	59
12.2.2 COMO AS MULHERES PERCEBEM A CONTAMINAÇÃO PELO HIV/AIDS COM RELAÇÃO AO HOMEM, A IDADE, A RENDA E O BAIRRO	63
12.2.3 AS AÇÕES DE SAÚDE QUE PODERIAM REDUZIR O RISCO DE INFECÇÃO DAS MULHERES PELO HIV	66
12.3AS RESPOSTAS DO GRUPO FOCAL DE RELAÇÃO NÃO ESTAVEL ÀS PRGUNTAS DA PESQUISA	69
12.3.1 COMO FORAM CONTAMINADAS	69
12.3.2 COMO AS MULHERES PERCEBEM A CONTAMINAÇÃO PELO HIV/AIDS COM RELAÇÃO AO HOMEM, A IDADE, A RENDA E O BAIRRO	72
12.3.3 AS AÇÕES DE SAÚDE QUE PODERIAM REDUZIR O RISCO DE INFECÇÃO DAS MULHERES PELO HIV	74
12.3.4 SEMELHENÇAS E DIFERENÇAS ENTRE AS RESPOSTAS DAS PARTICIPANTES DOS DOIS GRUPOS	76
13. DISCUSSÃO	78
13.1. DISCUSSÃO EXTERNA	78
13.2. DISCUSSÃO INTERNA	87
14. CONSDIERAÇÕES FINAIS	90
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	94
ANEXOS	105
ANEXO A – Autorização para utilização do local de pesquisa	106
ANEXO B – Ofício de aprovação do Comitê de Ética	107
APENDICES	108
APENDICE A – TERMO DE Consentimento Livre e Esclarecido	109
APENDICE B – Transcrição do grupo de relação heterossexual estável	110
APENDICE C – Transcrição do grupo de relação heterossexual não estável	118

1. INTRODUÇÃO

O interesse pelo estudo sobre a temática feminização do HIV/aids, especificamente no município de Salvador – Bahia, surgiu a partir da apreensão diante das notícias em jornais, revistas e novos estudos frente ao tema. Tal situação começou a me trazer questionamentos quanto ao aumento vertiginoso do número crescente de mulheres contaminadas pelo HIV, e se, esse fenômeno estaria relacionado a um processo culturalmente construído ou interligado a questão de gênero.

Vale ressaltar que, a aproximação com o estudo deveu-se às atividades teóricas e práticas desenvolvidas ao longo de minha vida acadêmica, uma vez que como enfermeira, docente e preceptora do Curso de Graduação em Enfermagem¹ vivencio e estudo situações relacionadas a saúde da mulher, por ministrar no curso de graduação, a disciplina Saúde da Mulher².

A partir de então, nas supervisões de estágios do Curso de Graduação em Enfermagem, voltadas para a disciplina Saúde da Mulher foi possível observar a dinâmica das ações de saúde relacionadas à população feminina, nas instituições de saúde e na rede de atendimento à mulher, como também, constatar a incidência da aids nessa população. Além disso, foi possível em alguns momentos, constatar relatos de mulheres contaminadas pelo HIV, e, que a submissão feminina poderia estar relacionada com essa questão.

Muitas vezes, sentia-me impotente frente às situações que me defrontava: sentimentos de sofrimento, angústia e conformidade de mulheres diante da aquisição do vírus e desenvolvimento da doença, que na maioria dos casos era adquirido pelo companheiro. Dessa maneira, essas mulheres se sentiam sentenciadas a conviver com a doença pelo resto de suas vidas.

A epidemia da infecção pelo vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e a Síndrome da Imunodeficiência Humana (AIDS), desde a sua descoberta em 1981, vem se mostrando como um fenômeno global, contínuo, instável e dinâmico. Em pouco tempo, essa

¹Curso de nível superior das faculdades Jorge Amado e Faculdade Integrada da Bahia – Estácio – FIB

²Disciplina do currículo obrigatório do Curso de Graduação em Enfermagem, voltada para o estudo da Saúde da Mulher.

epidemia se transformou em um grave problema de saúde pública mundial³ em decorrência dos altos índices de morbi-mortalidade.

A UNAIDS (Programa de Prevenção da AIDS das Nações Unidas) (2012) relata que, em 2011 no mundo, mesmo com os avanços medicinais e preventivos, cerca de 34.000.000 de pessoas viviam com a aids sendo que, 50% delas não sabiam ser portadoras do vírus e 1,7 milhões morreram em decorrência da doença, nesse mesmo ano.

Ainda assim, a UNAIDS (2012) afirma que 7.000 pessoas são infectadas pelo HIV todos os dias no mundo e as mulheres jovens representam mais de 60% de todos os jovens que vivem com HIV, na África essa taxa chega a 72% (UNAIDS, 2012).

Diante desse contexto mundial, a explanação de Becker (2002), torna-se relevante ao considerar que, tendências espaciais de distribuição dos casos de HIV/aids no mundo, devem ser observadas, levando-se em consideração, a dinâmica macro regional da doença, focalizando a distribuição da patologia, como resultado da estrutura social e populacional de cada país e sua diferenciação inter-regional.

O mesmo autor esclarece que, o estudo da geografia social da epidemia pelo HIV/aids torna-se duplamente complexo, por se tratar de uma pandemia que incorpora diferentes contextos socioculturais, e por sua transmissão ocorrer a partir das relações íntimas entre os indivíduos, sendo essas relações pluri determinadas pela agregação e pela complexidade do sujeito em seu contexto singular, relacionado aos padrões macrossociais, culturais e econômicos.

Estudos de Wallace (1992) mostram que, nos Estados Unidos, especialmente na cidade de Nova Iorque, existe uma forte correlação entre a geografia microrregional e outros indicadores sociodemográficos, que contribuem para a disseminação da patologia, como a etnia, a classe social, a escolaridade e até mesmo a linguagem. Portanto, a segregação sócio-espacial do HIV/aids, pode levar à formação de “guetos”, onde podemos visualizar recortes étnicos, religiosos e culturais, da manifestação da doença.

³Foi verdadeiramente a primeira epidemia mundial ver **Perreault, M.** (1994). MTS-SIDA: construction sociale d'une épidémie mondiale. Dans F. Dumont, S. Langlois, Y. Martin (éds), *Traité des problèmes sociaux au Québec*, Institut québécois de recherche sur la culture, 197-221.

Esses dados evidenciam que, a manifestação viral e da doença nas diferentes regiões do mundo, depende de alguns determinantes, e o principal deles está relacionado com o comportamento humano individual e coletivo ligado ao contexto sociocultural histórico.

Dentro desse contexto, tem-se a modificação do comportamento humano no que se refere ao seu limite, para a abertura precoce à vida sexual, para a multiplicidade de parceiros sexuais, para o conflito de confiança entre casais, em razão da promiscuidade, da falta de diálogo e da desestruturação familiar. Elementos esses, que corroboram para o avanço da doença no mundo (ROSO, 2009).

Foi dessa forma que, a epidemia pelo HIV/aids se iniciou estando associada a homossexuais do sexo masculino, usuários de drogas injetáveis e pessoas portadoras de hemofilia. Dessa maneira, coube durante os anos iniciais da epidemia, o conceito de “grupo de risco”, que incluía pessoas com comportamentos ou atitudes determinados pelas situações sociais e culturais, adequadas aos padrões sociais comuns aos homossexuais e profissionais do sexo, que estavam até então relacionados diretamente com a doença (WELLINGS, 2006).

Tempos mais tarde, com a evolução do pensamento, essa questão epidemiológica ligada ao HIV/aids, ficou relacionada a um processo “comportamental”, de maneira racional, individualizada e relacionada a identidade de gênero (PARKER, 2003).

Além disso, Parker (2003), também, destaca as limitações individuais para a redução do estigma criado pela manifestação da doença, salientando que, as resistências dos indivíduos estigmatizados é um recurso utilizado para a mudança social, vinculada à ação, passando dessa forma, a incluir no ponto epidemiológico da doença, pessoas que apresentam um comportamento que, as tornava mais susceptíveis à infecção como os profissionais do sexo, homo, bi e heterossexuais e seus parceiros, e usuários de drogas injetáveis e seus parceiros. Por outro lado, a “heterossexualização”, a “feminização” “pauperização”, o “enegrecimento” e a “juventudilização”, para Parker (2003) são características atuais da epidemia do HIV/aids.

Não obstante, ao ler pesquisas realizadas por Spencer (2000), e ao vivenciar na prática profissional a demanda de pacientes às unidades de saúde, tive a possibilidade de

constatar que, a vulnerabilidade à infecção pelo HIV não se relaciona apenas aos comportamentos individuais, mas também, aos comportamentos dos outros indivíduos, das condições sociais, dos acessos aos serviços de saúde e da efetivação de políticas públicas que auxiliem no controle da doença.

Esse estudo se justifica pela presença, desde 1994 no Congresso Mundial de aids, em vários países do mundo, de certa “feminização” da epidemia de aids. Isso parece se dever, a uma maior vulnerabilidade biológica da mulher ao HIV, uma vez que, as mulheres se tornam mais susceptíveis à contaminação pelo HIV, tornando-se dessa forma, conforme o Instituto Patrícia Galvão (2011), mais vulneráveis, nas relações heterossexuais, em razão de sua maior área de exposição em relação a mucosa vaginal aos fluidos seminais, devido à maior quantidade de fluidos que são transferidos do homem para a mulher durante o ato sexual, pela maior quantidade de vírus presentes nos fluidos sexuais masculinos e às pequenas fissuras que, ocorrem no tecido vaginal ou retal no momento do ato sexual.

É importante ressaltar que, esse estudo mesmo fazendo uso do conceito de vulnerabilidade, realiza também, em seu escopo, uma transversalização com a categoria gênero, uma vez que, 50% das pessoas com aids no mundo são mulheres; as mulheres têm menos acesso à justiça, ao mercado de trabalho, à educação e à moradia e têm menos poder para negociar o uso do preservativo.

Não se pode deixar de esclarecer, também, que a desigualdade de gênero à qual a mulher é constantemente submetida, faz com que a mesma naturalize essa situação, concorrendo, assim, para uma limitação na busca de estratégias que revertam essa condição.

Tal situação tem remetido ao processo de feminização da aids com uma relação direta com a questão de gênero, em decorrência da presença na infecção, em sua maioria, de mulheres monogâmicas, não usuárias de drogas injetáveis e dependentes economicamente e emocionalmente de seus companheiros.

Além disso, outro fator relevante, e que há pelo menos cinco anos vem chamando a atenção dos especialistas, é a relação entre o crescimento da epidemia e a desigualdade de gênero, materializada especialmente, na violência contra as mulheres. Essa relação

contextual entre violência e infecção pelo HIV, começa a se tornar, cada vez mais nítida, nas pesquisas.

2. CONTEXTUALIZANDO O GÊNERO E O HIV

2.1 GÊNERO, HIV E AIDS NO BRASIL

Durante séculos, as mulheres vêm enfrentando batalhas para contrapor o quadro cultural de subordinação e submissão no qual estão historicamente inseridas. As lutas e conquistas estavam relacionadas com a garantia dos direitos políticos, como o de votar e ser votadas, os direitos sociais e econômicos, relacionado ao trabalho remunerado, estudo, propriedade, herança, até o direito ao corpo, ao prazer, à sexualidade, e contra o empoderamento masculino (PEDRO, 2005).

Dentro desse contexto histórico de lutas, o movimento feminista deu subsídio ao debate, viabilizando as reivindicações femininas. Dentro dessa condição, encontram-se as filósofas, historiadoras, intelectuais e toda a massa que forma o movimento pelas causas femininas (CARRENO, 2006).

Para Carreno (2006), o movimento feminista entendia que ser mulher não é suficiente para tornar todas iguais e com os mesmos ideais; a diferenciação pelo sexo não é o bastante para que todas estivessem nas mesmas lutas. Diante desse pensamento, nasce nos anos 1980 a nova categoria gênero no lugar da antiga categoria de mulher ou sexo, já que se tinha nesse momento, a concepção de que, as diferenças comportamentais não eram determinadas pelo sexo biológico, mas influenciadas pelo gênero, refletidas culturalmente.

Assim, os estudos sobre o gênero se consolidaram no Brasil em 1970, quando então o movimento feminista ganhava espaço pelo país. O conceito de gênero se incorporou ao movimento feminista e à produção acadêmica também nesse ano, apresentando interpretações distintas pelas diferentes correntes do feminismo (FARAH, 2004).

Conforme a mesma autora, em todos os momentos históricos, homens e mulheres nunca deixaram de se organizar em sociedade e de realizar questionamentos sobre si e sobre o mundo que os rodeia.

O gênero, então, é histórico e é uma “construção social”, isto é, cada sociedade, em cada momento histórico, fornece sentido e significado para as diferenças biológicas entre homens e mulheres, estabelecendo o que é ser homem e o que é ser mulher (HEILBORN, 1999, p. 7).

Nessa perspectiva, Leal e Boff (1996, p. 121) se posicionam contra toda e qualquer retórica que supõe que a diferença biológica entre machos e fêmeas determina o feminino e o masculino, tornando o “ser homem” e o “ser mulher” algo natural. Embora nascendo “macho” ou “fêmea”, o processo de tornar-se homem e mulher depende do modo como cada sociedade valoriza e dar significado às diferenças.

Deve-se então, levar em consideração a famosa frase de Simone de Beauvoir (1980), “Ninguém nasce mulher: torna-se mulher”, do mesmo modo que não se nasce homem, mas torna-se homem, ou seja, masculinidades e feminilidades são maquinadas numa complexa teia de sentidos e significados em espaços e tempos diversos, sendo, também diversas.

De todo modo, Scott (1990) discorre que o gênero não reflete e nem reproduz as diferenças físicas e naturais entre homens e mulheres, na verdade o gênero representa a organização social da diferença sexual. Para a autora, as diferenças sexuais devem ser compreendidas como um elemento que possibilita o conhecimento sobre o próprio corpo.

Para as ciências sociais e humanas o termo gênero se refere à construção social do sexo anatômico, sendo criado para distinguir a dimensão biológica da social, partindo da premissa de que, na espécie humana existem machos e fêmeas, mas a maneira de ser homem e de ser mulher é construída culturalmente, ou seja, o sexo anatômico não é o elemento definidor do comportamento humano (ALTMAN, 2008).

Nesse sentido, o autor supracitado afirma que, o termo gênero subtende que homens e mulheres são provenientes da realidade social e não da anatomia de seus corpos. Isso nos leva a crer que, o modo como homens e mulheres se comporta em sociedade provém de um aprendizado sociocultural que os ensina a agir conforme a realidade de cada gênero.

Por outro lado, Louro (1997), afirma que o conceito de gênero abarca, também, uma dimensão importante relacionada ao poder. Ou seja, as relações são constitutivas de poder, que se estabelecem entre homens e mulheres na sociedade, conseqüentemente, o poder faz parte da configuração dos gêneros.

Em determinado momento histórico, cada cultura, procura estabelecer um padrão dominante de relações de gênero. Dessa forma, na construção do gênero masculino e do gênero feminino, com relação às diferenças de classe, raça, geração, pode-se afirmar que, há um momento de compartilhamento do cultural que dá contornos ao masculino e ao feminino. Assim, o gênero estrutura as relações entre homens e mulheres, como também, estrutura as identidades subjetivas entre eles (MORENO, 1999).

Ainda conforme Moreno (1999), ao nascer, e até mesmo antes de nascer, uma vez que atualmente já se sabe o sexo dos bebês antes do nascimento, os pais e a família começam a atribuir o significado construído socialmente ao menino ou à menina. Então, se ensina aos meninos que devem ser ativos, fortes, viris, agressivos, e as meninas são ensinadas a serem passivas, dóceis, frágeis e meigas.

Para o Conselho Nacional de Combate ao HIV/aids de Moçambique (2011), desde crianças os homens aprendem que não podem demonstrar nenhuma fraqueza. Já as mulheres aprendem, por exemplo, na maioria das sociedades, que devem obediência ao homem e que não devem fazer muitas perguntas, em outras regiões e culturas como na África, aprendem que o preservativo não serve para proteção, representando assim, um sinal de desconfiança.

É necessário então, atentar-se para ao que propõe Roso (2009, p. 16) quanto ao fator cultural que cercam as pessoas como, por exemplo, a roupa, a profissão e o comportamento. O fator cultural depende das relações estruturais existentes no mundo predominantemente machista, é dessa forma que, os homens aprendem entre si que é normal a existência de múltiplas parceiras ou que não podem usar o preservativo quando se quer ser "homem de verdade".

Ainda para Roso (2009), é isso que possibilita que, homens e mulheres possuam variados papéis e status social em diferentes culturas, sendo guiados não só pelo gênero, mas também pela idade, raça e classe social.

Essa diversidade possibilita segundo Parker (2004) as características da vida sexual, particularmente a brasileira, marcada pela concepção de um povo sexual e fortemente patriarcal, onde desde o Brasil colônia as proibições reforçam as divisões de gênero, possibilitando a existência de perfis cotidianos.

Diante dessa concepção, a propagação da infecção pelo HIV no Brasil tem se revelado como uma epidemia de múltiplas dimensões que vem, ao longo do tempo, sofrendo transformações significativas em seu perfil epidemiológico (PACKER, 2004).

De epidemia inicialmente restrita a algumas metrópoles nacionais como São Paulo e Rio de Janeiro e caracteristicamente masculina, atingindo prioritariamente homens com prática sexual homossexual e indivíduos hemofílicos, hoje a epidemia se depara com um quadro marcado pelos processos da heterossexualização, feminização, interiorização e pauperização (BARBOSA, 2008, 42:21-33).

Atualmente, ainda para Barbosa (2008, 42:21-33), o substancial aumento da transmissão pelo contato heterossexual é decorrente do crescimento de casos em mulheres, caracterizando-se como o principal fenômeno para o atual momento da epidemia.

Para Petersen (1999), as teorias do patriarcado explicam a subordinação feminina construída a partir da necessidade masculina de dominação. O gênero passa a ser teorizado a partir de uma concepção de estruturação social, baseado em várias disciplinas, requerendo uma transformação política, econômica, social e religiosa para justificar e consolidar o poder absoluto do homem. Conforme assegura esta autora, a corporificação do patriarcado produziu uma relação entre os sexos convertida em uma assimetria radical e, em certos casos, em exclusão das mulheres.

No entanto, a sexualidade feminina foi historicamente construída com relação ao gênero como impura e passiva, devendo ser exercida a partir do sentimento de amor e não de desejo. Quando se trata da prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, em especial a aids, o gênero só poderia dificultar a negociação do uso do preservativo pela

mulher, uma vez que a construção da sexualidade feminina segundo o gênero prioriza o enfoque maternal e da procriação, se opondo à proposta de prevenção do HIV/aids (SEIXAS, 1998).

Nesse contexto, evidenciam-se fenômenos como o da desconfiança intrínseca, presente na relação, conforme a seguinte citação:

(...) em geral, as mulheres mais jovens temem ser consideradas 'fáceis' ou 'experientes demais', enquanto as mais velhas reportam o medo de desagradar ao parceiro, pois solicitar o uso do preservativo pode ser visto como uma "prova de desconfiança" (...) (Brasil, 1997, p. 73).

Então, torna-se claro que, a aceitação do uso do preservativo como medida de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e da aids, todavia, não é, para alguns autores, uma luta que coloca homens de um lado e mulheres de outro. Para Guimarães (2001), esse processo resulta de uma cultura socialmente enraizada, que vincula a vivência do sexo pela mulher à função reprodutora e nunca ao desejo e ao prazer.

Dessa forma, as desigualdades de gênero ainda se constituem como um importante entrave para uma resolução eficaz da redução do número dos casos do HIV. As complicações da infecção perfazem as principais causas de morte entre as mulheres em idade reprodutiva uma vez que, de acordo com os dados da UNAIDS (2012), foi estimada cerca de três mil mulheres infectadas a cada dia, em todo o mundo pelo vírus da aids. O que mais se destaca nesse dado é que, 85% delas são jovens e em idade reprodutiva.

2.2 GÊNERO, FEMINIZAÇÃO DA AIDS E VULNERABILIDADE

A feminização da aids possui uma relação direta com a questão de gênero, quando se considera o perfil das mulheres que são acometidas, sendo em sua maioria as monogâmicas, não usuárias de drogas injetáveis e as dependentes economicamente e emocionalmente de seus companheiros, e sem poder de decisão quanto ao uso do preservativo (MORAES 2009).

Bastos (2000), ainda ressalta que o ponto central da feminização do HIV/aids é a questão de gênero, uma vez que o tratamento desigual dado aos gêneros sob o ponto de

vista político, cultural e sócio econômico potencializa as relações desiguais de poder e acesso desigual a bens materiais e simbólicos.

A desigualdade de gênero e o machismo contribuem para a aceleração da propagação do HIV/aids entre a população feminina. Esses fatores limitam a capacidade das mulheres, principalmente para negociar práticas sexuais seguras, como o uso contínuo de preservativos, essa situação se torna ainda mais difícil quando as relações sexuais se dão no marco de uma relação de casal considerada “estável” (BASTOS, 2000).

No entanto, Pena (2005, p. 8) afirma que as desigualdades não são naturais, são produzidas. Perfazem, então, produtos de uma cultura que viabiliza uma visão dicotomizada de “homens” e “mulheres” em universos diversos, distintos.

Sobremaneira, a vulnerabilidade se relaciona individualmente a comportamentos e condições pessoais que possibilitam a prevenção da infecção. No entanto, esses comportamentos estão relacionados com o meio social em que se reproduzem ao grau de probidade que os indivíduos têm sobre si mesmos e ao poder de transformação que estes indivíduos têm sobre suas condutas (BRASIL, 2003).

Para Parker (2001) os papéis de gênero podem intervir em comportamentos que favorecem o risco de infecção pelo HIV ou que inibem meios de prevenção. A construção da sexualidade masculina e feminina reflete desigualdades e tem implicações na vulnerabilidade da mulher à infecção pelo HIV.

Dessa forma, Carvalho (2006) ao analisar a vulnerabilidade das mulheres à infecção pelo HIV, a destaca como decorrente de um assujeitamento feminino nas relações conjugais. Ou seja, o posicionamento socialmente instituído de submissão e obediência ao homem é um aspecto que corrobora para uma grande exposição das mulheres à aids.

É diante dessa ótica que, o termo “vulnerabilidade” associado ao HIV e a aids vem sendo cada vez mais aplicado, procurando caracterizá-la como um problema de saúde pública. Guilhem (2005), afirma que a vulnerabilidade feminina ao vírus HIV e a aids, perpassa pelo campo das relações afetivas, onde a negociação de relações sexuais mais seguras com seus parceiros é difícil, seja em decorrência das desigualdades de poder entre os gêneros, da dependência econômica e ou até mesmo da necessidade de não

romper com padrões que a colocam como responsável pela estabilidade familiar. Existe ainda, o medo de ser abandonada ou mesmo violentada pelo parceiro, que pode vir até a “forçar” uma relação sexual sem proteção.

O perfil epidemiológico da aids no Brasil tem apresentado diversas mudanças ao longo dos anos. Atualmente, o aumento do número de notificações de casos de aids tem como causa principal a transmissão via relação heterossexual, fenômeno denominado de “heterossexualização” da epidemia (Szwarcwald et al.,2000).

Como conseqüência desse processo, observa-se um numero crescente de casos de infecção pelo HIV entre as mulheres, tornando claro o avanço, no Brasil, do processo denominado de “feminização da aids” (Cohn, 1997).

Dessa forma, os estudos demonstram que, a disseminação da epidemia pelo vírus HIV, como também a manifestação da doença aids, apresentam impactos diferenciados nas diferentes populações e, identificar e reconhecer esses impactos diferenciados, possibilita o planejamento e a implementação de políticas e programas voltados para o atendimento dessas populações com suas especificidades, como também identificar grupos considerados mais vulneráveis ao vírus e à doença (WELLINGS e col., 2006).

Ayres e col., (2003, p. 50-71), afirmam que, a “vulnerabilidade” permite compreender a existência de elementos complexos que envolvem tanto de forma individual quanto que coletiva a questão da exposição ao HIV. Isso, portanto, viabiliza a substituição dos termos rotuladores, reprodutores de preconceito e estigma de grupos considerados de risco, relacionando-os assim, a uma questão de comportamento individual e coletivo.

Além disso, a infecção pelo HIV tem como um de seus facilitadores principais do ponto de vista biológico as infecções sexualmente transmissíveis (IST), estas são com maior frequência, mais assintomáticas na mulher do que no homem (Eng &Butler, 1997).

Estes riscos ampliados de exposição à infecção pelo HIV se acentuam nas mulheres mais jovens, devido à imaturidade do aparelho genital, determinando uma fragilização adicional relacionada à infecção pelo HIV (Chiriboga, 1997; Coll et al., 1999).

2.3 RELAÇÕES DE GÊNERO E O HIV/AIDS

Os estudos acadêmicos de gênero, até então desenvolvidos, possibilitaram o desvelamento dos mecanismos de construção de desigualdades de gênero a partir da manipulação ideológica das características naturais de mulheres e de homens, e dos mecanismos de edificação de uma lógica organizacional que configura a relação entre os sexos como um sistema hierarquizado (Devreux 1992).

Segundo Bourdieu (1998), a sociologia não ocorre fora dos fatos sociais, dessa forma, o estudo do gênero deve ocorrer dentro das percepções dos indivíduos dentro da sociedade. No entanto, vale ressaltar que as percepções individuais mudam ao longo do tempo, pois, a forma na qual vivemos hoje, pode não ser a mesma que viveremos amanhã, para Bourdieu o fato está presente no processo evolutivo histórico do ser humano.

Portanto, Pierre Bourdieu, em sua obra *A Dominação Masculina* (1998), estabelece que a dominação de gênero esteja relacionada com uma prática corporificada, fazendo vítimas tanto mulheres quanto homens. O corpo é o local onde se personifica as disputas pelo poder, é nele que se inscreve o nosso capital cultural, ou seja, é ele a nossa primeira forma de identificação desde que nascemos.

Para o autor, a dominação do homem sobre a mulher é exercida por meio de uma violência simbólica, compartilhada de forma inconsciente entre dominador e dominado, determinada pelo hábito.

Devreux (2000) denuncia na Teoria de Bourdieu a passagem sutil da violência essencialmente simbólica da dominação masculina para uma violência, sobretudo simbólica. A autora demonstra que, a violência contra as mulheres não é, sobretudo simbólica: cada ano cerca de 100 milhões de moças são eliminadas pelo aborto ou infanticídio porque elas não são do gênero masculino.

Podemos pensar como Perreault (2009) que a violência simbólica só pode ter efeitos sociais se existe em primeiro lugar a possibilidade de violência efetiva: se, por exemplo, o empresário pode expulsar o “fraco” de uma vaga de trabalho por um motivo banal e se o homem pode bater em sua mulher, ambos estão exercendo a violência com toda

impunidade. Dessa forma, o trabalhador e a mulher, nessas situações, vão sofrer a violência de forma simbólica, porque sabem que a violência não está sendo exercida apenas de forma simbólica, essa pode estar sendo efetiva.

Então, para o mesmo autor, a violência simbólica pode ter efeitos piores que a violência efetiva, pois a ameaça quando não realizada, pode submeter à pessoa ou um grupo a violência psicológica, dentro de um sofrimento já conhecido, através dos tratamentos pós-trauma.

Então, Pierre Bourdieu (1998) ressalta que, o nosso sexo define se seremos dominados ou dominadores, sendo o corpo a personificação da dominação, o “locus” do exercício do poder, uma vez que, apenas a observação dos órgãos externos nos remete a uma condição da qual nos valeremos para toda a vida.

Dessa forma, passamos a sermos homens e mulheres e a evidenciarmos as construções culturais, hierárquicas e desiguais provenientes dessa diferença. Tais representações, ainda segundo Bourdieu (1998), trazem consequências sociais por intermédio da representatividade social de cada um. É quase um consenso que a mulher é o ser menos capaz, o sexo frágil que necessita, a todo tempo de um protetor, relegada ainda hoje, ao papel de reprodutora, enquanto que ao homem se atribui o papel de viril, forte e protetor, características essas que o colocam como um ser preferido em detrimento daqueles considerados como “feminino”.

Diante disso, ainda sob a ótica de Bourdieu, ao masculino caberá a prática de atividades mais qualificadas e ao feminino a prática de atividades menos qualificadas. Como na sociedade capitalista a qualificação do trabalho realizado é elemento constitutivo na construção da identidade social dos sujeitos, à mulher tem cabido sempre a incapacidade, a incompetência e a fragilidade.

Por isso, as mulheres são vistas como ligadas ao mundo da casa, ao doméstico e ao cuidado dos filhos; o espaço da mulher na sociedade é delimitado à característica reprodutiva por conta da personificação cultural do seu corpo; seu papel social de “cuidadora” lhe confere uma posição hierárquica inferior em relação aos homens

considerados ativos e provedores. Seria possível dizer que os homens estariam na esfera da vida produtiva, enquanto que as mulheres estariam na esfera da vida reprodutiva.

Contextualizando-se por outro ponto, para Saffioti (1992), gênero é uma dada maneira de olhar a realidade da vida (das mulheres e dos homens) para compreender: as relações sociais entre mulheres e homens, as relações de poder mulheres e homens, mulheres e mulheres, homens e homens.

O gênero torna-se antes, uma maneira de indicar construções culturais- a criação inteiramente social de idéias sobre os papéis adequados aos homens e às mulheres. Trata-se de uma forma de se referir às origens exclusivamente sociais das identidades subjetivas dos homens e das mulheres. O gênero é, segundo esta definição, uma categoria social imposta sobre um corpo sexuado (SCOTT, 1995, p.75).

È importante tomar ciência que, o fenômeno da AIDS está intimamente ligado às práticas sexuais e aos papéis sexuais, sendo assim, para ser compreendido, é necessário o conhecimento que a variável sexo desempenha ao longo de sua evolução, pois o sexo indica uma propriedade natural dos seres humanos e acaba por determinar padrões psicossociais diferentes quanto à sociabilidade dos indivíduos (SPENCER, 1993).

Além disso, ainda para Spencer (1993), ao se discutir sexualidade, homens e mulheres apresentam respostas diferenciadas em decorrência dos diferentes processos de socialização que experimentam ao longo de suas vidas, o que acaba por determinar padrões diferenciados de vulnerabilidade entre eles.

2.4 RELAÇÕES DE GÊNERO E VULNERABILIDADE DAS MULHERES AO HIV/AIDS

O conceito de vulnerabilidade de acordo com Ayres (2011) é o conjunto de aspectos coletivos e individuais que se relacionam ao grau e ao modo de exposição a uma determinada situação, e de maneira indissociável ao menor ou maior acesso aos recursos adequados com a finalidade de se proteger das consequências indesejáveis daquela situação. Cabe ressaltar que, esse conceito veio a ter destaque, no meio científico, no início da década de 90 por conta da necessidade da busca de estratégias para o enfrentamento do HIV/AIDS.

Para Ayres (2011), a vulnerabilidade está relacionada a aspectos comportamentais e individuais da prevenção, sendo que sua avaliação pode ser realizada sob o ponto de vista individual, social, econômico e político.

Do ponto de vista individual, a vulnerabilidade pode estar relacionada ao fator epidemiológico, identificando aquelas pessoas que apresentam maior grau de exposição; do ponto de vista operacional se relaciona àquelas pessoas que necessitam de maior grau de proteção e assistência; do ponto de vista social, se relaciona aqueles que não têm seus direitos efetivados e aqueles sem acesso aos serviços e bens sociais disponíveis; do ponto de vista econômico está relacionada à limitação financeira quando não se tem condições de obter uma assistência satisfatória e sob o ponto de vista político se relaciona com a construção de estratégias que atinjam de maneira produtiva e efetiva os indivíduos comprometidos pela doença (AYRES, 2011).

A questão do gênero é um fator determinante no tocante a vulnerabilidade feminina ao HIV/AIDS, onde historicamente a mulher sempre incorporou um papel de submissão e a idéia de passividade na relação heterossexual. Para Rocha (2000), esta questão de gênero ocorre desde o patriarcado na relação de poder do homem na sociedade e na submissão da mulher, que hoje no século XXI é muito forte e predominante na sociedade capitalista.

O aumento da incidência de HIV/AIDS entre as mulheres remete para as questões de gênero que além de contribuir para as construções sociais dos papéis de homens e mulheres, a diferença entre eles favorece o aumento da vulnerabilidade das mulheres à infecção (SALDANHA, 2005).

Diante do exposto, e abordando um pouco a questão do gênero, as características dessa questão são para Scott (2000), construções sócio-culturais que variam através da história e se referem aos papéis psicológicos e culturais que a sociedade atribui a cada um do que considera “masculino” ou “feminino”.

Diante da constatação dos conceitos de gênero acima relatados, torna-se importante considerar que as mulheres tornam-se vulneráveis ao HIV/AIDS pelo contexto social de

dominação em que vivem, sendo-lhes obstruído o poder do questionamento diante das negociações de uma relação sexual segura, por meio do uso do preservativo.

A subordinação feminina em relação ao homem tem sido um comportamento construído historicamente, uma vez que Figueiredo e Franco (2004, p. 03) afirmam que a falsa concepção de uma realidade imutável, quanto à condição de subordinação feminina em relação ao homem, no decorrer dos anos, levou à construção do processo de feminização do HIV/AIDS.

Além disso, dados atuais do Ministério da Saúde, 2011, mostram que, do ponto de vista biológico, o risco de infecção durante as relações sexuais desprotegidas é duas a quatro vezes maior para a mulher, do que para o homem.

Além disso, para o mesmo autor, a noção de risco está vinculada aos atributos femininos de passividade e fidelidade, esses atributos estabelecem uma relação de gênero e uma relação de poder que acaba por dificultar a prevenção da AIDS.

Aliada a essa questão, dentro da cultura brasileira de homem “macho” e condutor da relação, ainda existe a tradição quanto ao não uso do preservativo nas relações heterossexuais, o que se torna um fator agravante. A utilização do preservativo feminino, a princípio de controle exclusivo da mulher, tem suas controvérsias no tocante ao alto custo, e quanto ao manuseio que exige o acompanhamento de um profissional de saúde, esses fatores dificultam a autonomia da mulher quanto à realização do ato sexual seguro, mediante uso do preservativo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Além disso, a AIDS estando associada à sexualidade é preciso que seja considerada sua complexidade, principalmente, quando se trata das mulheres, uma vez que sua prevenção é o uso de preservativos (masculino ou feminino), que depende, fundamentalmente, de negociação com o parceiro (PARKER, 1994; VILLELA; PAIVA, 2000).

Para tanto, deve-se considerar a existência de uma disparidade de poder nas relações entre homens e mulheres, que ao lado das desigualdades nas relações de gênero nas esferas sociais e econômicas acabam determinando uma situação de extrema

vulnerabilidade feminina à infecção pelo HIV, o que acaba por contribuir para mudanças no seu padrão epidemiológico, levando à feminização da epidemia (PARKER, 1994; VILLELA; PAIVA, 2000).

3. RELAÇÕES DE GÊNERO E OS RELACIONAMENTOS

3.1 RELAÇÕES DE GÊNERO EM RELACIONAMENTOS ESTÁVEIS

Mesmo vivendo uma relação estável, a mulher ainda tem dificuldades no momento de negociar com o parceiro o uso do preservativo nas relações sexuais. O temor em despertar dúvidas em relação à fidelidade ou de perder o homem como provedor da casa e da família coloca a mulher numa situação em que ela tende a ceder à imposição masculina de se relacionar sexualmente sem camisinha. Sem falar no equivocado dito popular, ainda seguido por muita gente, de que “transar com camisinha é chupar bala com papel” (BERER, 2011)

No entanto, a camisinha antes da epidemia do HIV/AIDS participou sempre da simbologia socio-cultural da prostituição; sua utilização se deu em principal para evitar contaminações infecciosas (particularmente a sífilis) dos homens pelas prostitutas (PERREAULT,1993).

O uso da camisinha leva a problemas quando um casal estável já utiliza a pílula como método contraceptivo. A mulher pode pensar que exigir do homem a camisinha além do uso da pílula poderia demonstrar que, ela está usando camisinha com outros parceiros, o que levaria o seu companheiro a se sentir traído (BROULLIETTE, 1997).

Ao nos depararmos com a não identificação das mulheres com o risco de infectarem-se pelo HIV em seus relacionamentos, com apresentação de papéis sociais predeterminados para mulheres e homens, inclusive na configuração da conjugalidade, encontramos no seu substrato questões de gênero (ANDRADE, 2007).

Giacomozzi e Camargo (2004) em seus estudos mostram a importância conferida pelas mulheres à prevenção da AIDS, considerada por elas fundamental a todas as pessoas, exceto para elas mesmas que se sentem protegidas em seu casamento. Nesse estudo, as mulheres demonstram que a confiança nos seus maridos lhes confere a certeza de que

eles não se infectarão pelo vírus, colocando como desnecessário o uso de preservativos na relação.

Roso e Bueno (1998) abordam que com o surgimento da AIDS usar ou solicitar ao parceiro que utilize o preservativo gera constrangimentos, podendo inibir a relação e tirar ou limitar o prazer sexual.

Em um estudo realizado em Porto Alegre-RS, aponta para a importância em considerar a baixa frequência do uso da camisinha entre casais. A justificativa levantada pelas mulheres é estarem em um casamento estável e confiarem em seus maridos (ROSO e BUENO, 1998).

Estar em uma relação estável e perceber-se vulnerável ao HIV determinam importantes desafios na vida conjugal. Assim, casais que não apresentam restrições ao uso do preservativo, por desconforto ou dificuldade, acabam optando pela relação como forma de sentir-se fazendo prevenção, mas, eventualmente, também desfrutando de uma intimidade sexual que seria impedida pelo preservativo (GOMES, 2004).

Quando o relacionamento começa a ser percebido como “estável” pelo casal, há o costume de se abandonar as estratégias de prevenção. Porém, quando esta relação é substituída por outra, pode novamente ser considerada como estável e monogâmica pelos parceiros, trazendo a crença enganosa de segurança em relacionamentos monogâmicos de pouca duração. Mais uma vez, abdicam da prevenção contra a infecção ainda quando a condição sorológica do novo parceiro seja desconhecida (GOMES, 2004).

Nesse contexto, não se deve esquecer que o próprio homem ainda é prisioneiro do estigma do “macho pegador”, que se relaciona com o maior número possível de mulheres (BERER, 1998).

3.2 RELAÇÕES DE GÊNERO EM RELACIONAMENTOS NÃO ESTÁVEIS

O comportamento sexual humano está relacionado a um conjunto de comportamentos, atitudes e posicionamentos que estão em constante transformação com o passar das gerações, esse comportamento sofre a influência direta e constante de diversos fatores, como biológico, fisiológico, emocional, social e cultural (GIR, 2000).

Com o avanço da AIDS, as práticas sexuais tornaram-se a principal forma de transmissão da infecção, acabando por resultar em maior número de casos entre os que apresentam comportamento sexual de risco. Tal comportamento está relacionado com a multiplicidade de parceiros e profissionais do sexo (TREVISOL, 2005).

Para Guilhem (2005), a AIDS foi conhecida durante muito tempo como uma “epidemia da imoralidade”, uma vez que inicialmente esteve associada a pessoas com comportamentos considerados desviantes, como profissionais do sexo e usuários de drogas. Portanto, a história moral da AIDS possibilitou a construção da noção de que essa seria uma “doença da rua” e dos “outros”.

Atualmente, os casamentos têm acontecido mais tarde, o início da vida sexual ocorrendo mais precocemente, e a troca de parceiros sexuais, ou relações sexuais com múltiplos parceiros tornaram-se práticas usuais, esses fatos hoje, têm ocorrido de maneira muito frequente, e vem favorecendo a disseminação da doença de maneira vertiginosa entre as pessoas (ANDRADE, 2007).

O comportamento individual é considerado tão mutável quanto conectado socialmente, variando durante toda a vida do indivíduo (por exemplo, por intermédio do comportamento sexual na adolescência, na meia-idade e na terceira idade), sofrendo mudanças em resposta à história e experiência pessoal, sendo fortemente influenciado por indivíduos-chave (família, parceiros, amigos), comunidades e entidades sociais e culturais mais abrangentes, como religiões e estados e nações (SILVEIRA, 2002).

É dessa forma que, dados do Ministério da Saúde (2011) mostram que na faixa etária entre 13 e 19 anos a epidemia de AIDS já é maior entre as mulheres. Na avaliação do Ministério, esse aumento se deve ao início precoce da atividade sexual das meninas,

frequentemente com homens com maior experiência sexual e mais expostos aos riscos de contaminação por DSTs e pela AIDS. Além disso, deve-se considerar que para um caso de AIDS em menina nessa faixa etária, sendo notificado deve-se presumir que a contaminação por relação sexual ocorreu quando ela tinha entre 10 e 14 anos.

Ainda conforme o Ministério da Saúde (2011), o uso do preservativo aumentou mais de 15 vezes nos últimos 10 anos. Atualmente, são consumidos quase 700 milhões de preservativos ao ano no país. Todavia, a taxa de uso consistente do preservativo é de 58% entre pessoas com parceiros eventuais e de 11% entre as que têm parceria fixa; já a taxa de uso do preservativo entre jovens na primeira relação sexual ainda é de apenas 55%.

Dessa forma, nas relações não estáveis, as mulheres têm também dificuldade em estabelecer a negociação do uso do preservativo, uma vez que o uso ou não desse, está vinculado a uma decisão masculina seja por uma questão cultural, ou seja, por uma questão moral (OLIVEIRA, 2004).

4. O PROCESSO DE FEMINIZAÇÃO

4.1 PROCESSO DE FEMINIZAÇÃO E O HIV/AIDS NO BRASIL

O primeiro caso de aids no Brasil foi relatado em 1982, no entanto, a resposta do país à aids foi criada em 1985, logo após o país ter saído da ditadura militar rumo à democracia, nesse momento, havia apenas, no país, quatro casos de aids registrados (BARRENO, 2003).

Nesse ínterim, ainda conforme Barreno (2003), o Ministério da Saúde lançou as bases para o Programa Nacional de Controle da aids, criado em 1986, colocado sob responsabilidade da Comissão Nacional de Controle da Aids. Esse grupo era composto por cientistas e membros de organizações da sociedade civil.

Dentro de uma perspectiva global, conforme dados do Ministério da Saúde (2011), o Brasil apresenta uma taxa de incidência acumulada em torno de 36,3 casos por cem mil habitantes, e dentro de uma perspectiva europeia, no universo de países europeus mais afetados pela epidemia, sua taxa de incidência situa-se abaixo da francesa (48,12 por

100.000), e acima da Itália que apresenta uma taxa de incidência de 28,8 casos por cem mil habitantes vivos.

Por outro lado, de acordo com dados do Boletim Epidemiológico AIDS e DST 2011, de 1980 a junho de 2011, no Brasil, foram notificados 608.230 casos de aids. Em 2010 foram notificados 34.218 novos casos, com taxa de incidência nacional de 17,9/100.000 habitantes e razão de sexo de 1,7 novos casos em homens para cada caso em mulheres.

Quando se trata do perfil epidemiológico por região do país pode-se constatar que, de acordo com dados recentes, de 1980 a junho de 2011, no Brasil, foram notificados no Sinan, declarados no SIM e registrados no Siscel/Siclom um total de 608.230 casos de aids, sendo 343.095 (56,4%) na Região Sudeste; 123.069 (20,2%) na Região Sul; 78.686 (12,9%) na Região Nordeste; 35.116 (5,8%) na Região Centro-Oeste; e 28.248 (4,7%) na Região Norte (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2011).

Além disso, ainda conforme o mesmo Boletim, no período de 1980 a junho de 2011, foram notificados no Sinan, declarados no SIM e registrados no Siscel/Siclomum total de 397.662 (65,4%) casos de aids no sexo masculino e 210.538 (34,6%) casos no sexo feminino. A taxa de incidência para o ano de 1998 era de 25,0/100.000 habitantes em homens e de 12,6 nas mulheres, em contrapartida, em 2010 a taxa em homens foi de 22,9/100.000 habitantes e de 13,2 nas mulheres. A razão de sexo, que era de 40 homens para cada mulher com aids no ano de 1983, chega a 1,7 homens para cada caso em mulheres no ano de 2010.

Outro fator que deve ser levado em consideração é a transmissão vertical de HIV, onde os números incidentes continuam elevados. O acesso à assistência pré-natal, ao diagnóstico precoce de HIV em gestantes, e ao tratamento adequado da doença são momentos fundamentais para o controle da transmissão vertical do HIV e medidas que supõem redução do número dos casos de HIV em gestantes (NASCIMENTO, et al, 2005).

A transmissão vertical do HIV foi avaliada em 2004 em um estudo multicêntrico do Ministério da Saúde, conduzido pela Sociedade Brasileira de Pediatria. Nesse estudo

observou-se uma taxa estimada de transmissão vertical do HIV no Brasil de 6,8% (BARROSO, 2007).

Ainda conforme Barroso (2007), o reflexo da transmissão vertical está, no Brasil na taxa de incidência de casos de aids em crianças menores de cinco anos de idade, sendo que essa utilizada como indicador para o monitoramento da transmissão vertical.

4.2 HIV/AIDS EM SALVADOR – BAHIA E A FEMINIZAÇÃO

Na Região Nordeste, o maior número de casos de aids, no período de 1980 a junho de 2011, encontra-se na Bahia, 19.290, correspondendo a 24,5% do total de casos da região, seguido pelo Estado de Pernambuco com 18.215 casos (23,1%) e Ceará com 12.936 casos (16,4%) (BOLETIM EPIDEMIOLOGICO, 2011).

Com uma população de 14,6 milhões de habitantes conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2011), o estado da Bahia obteve um registro em 2011 de 18.302 casos de AIDS, desses foram contabilizados 6812 casos com mulheres e 11490 em homens, sendo que o município de Salvador apresentou a maior incidência de casos de AIDS com 4.452 casos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Conforme Guilhem (2000), quando se trata da vulnerabilidade feminina ao HIV/AIDS, não se pode deixar de citar a baixa escolaridade, as iniquidades de gênero e as disparidades regionais como principais condicionantes da doença.

Sendo assim, a literatura mostra maiores taxas de crescimento de incidência da doença entre mulheres de baixa escolaridade e da Região Nordeste do Brasil, única região que apresenta uma discrepância significativa no crescimento das taxas de incidência em homens (123%) e em mulheres (405%) (GALVÃO, 2011).

Os primeiros casos de AIDS em mulheres na Bahia foram notificados em 1987. Nos últimos três anos, foram registrados 3.614 novos casos de Aids na Bahia, de acordo com dados da Secretaria da Saúde do Estado (2011).

Além da feminização da doença no estado baiano, é comum visualizar-se também certa pauperização da AIDS, com seu alastramento para as camadas de menor poder aquisitivo.

Salvador é a capital do estado da Bahia com cerca de 3 milhões de habitantes conforme dados do Banco de dados do Sistema Único de Saúde (2011), estes estão sujeitos à desproporcionalidade entre riqueza e pobreza e à reduzida oferta de serviços públicos mínimos necessários.

O primeiro caso de AIDS em Salvador ocorreu em 1984. Até a década de 90, a soropositividade atingiu majoritariamente pessoas com comportamento homossexual e usuários de drogas injetáveis. A partir de então, houve um crescimento intenso no número de casos relacionados ao comportamento heterossexual, e em 2011 a prevalência da soropositividade foi de 1,2% nos homens para 2,0% nas mulheres (DATASUS, 2011).

Confirmando os dados do Datasus (2011), um estudo realizado por Dourado (2011), com maioria da população do município de Salvador demonstrou uma prevalência de 1,7% da doença, sendo 1,2% para homens e 2% para mulheres, foi observado, no sexo feminino, um aumento importante da prevalência associada ao fator idade, estando extremamente presente em mulheres com mais de 50 anos.

De acordo com o Boletim Epidemiológico da AIDS (2011), Salvador é a 12ª capital brasileira que registrou mais casos da doença em 2011, sendo 28,9 casos para cada 100 mil habitantes. A capital baiana registrou 1.682 novos casos de AIDS em 2011, acumulando, em 20 anos, um total de 19,2 mil notificações da epidemia.

Ainda conforme dados do Boletim Epidemiológico de Salvador – Bahia, 2011, essa cidade apresenta a maior incidência de casos de HIV/AIDS dentre as cidades do estado Baiano, com cerca de 51% de todos os casos. Essa situação se deve ao processo de feminização e pauperização da epidemia no município de Salvador, sendo que a disseminação da epidemia na capital Baiana pode ser correlacionada com o processo de pauperização, etnia, raça e, sobretudo gênero.

5. CONTEXTUALIZANDO VULNERABILIZAÇÃO E VULNERABILIDADE

5.1 VULNERABILIZAÇÃO/VULNERABILIDADE: CONCEITOS

O processo de vulnerabilização para Watson (1997) está associado à interferência de fatores que provoquem ameaça sobre os aspectos reprodutivos das formas de vida consideradas susceptíveis.

Autores como Ayres (1999) abordam que o processo de vulnerabilização leva à vulnerabilidade dos indivíduos.

Nos últimos anos, o termo vulnerabilidade tem sido aplicado sob diferentes perspectivas de interpretação. Sendo assim, entende-se vulnerabilidade como o conjunto de fatores de natureza biológica, epidemiológica, social e cultural cuja interação amplia ou reduz o risco ou a proteção de uma pessoa frente a uma determinada doença, risco ou dano, substituindo o conceito clássico de fatores de risco (Guilhem, 2000).

Dilley e Boudreau (2001) empregam o termo na área da nutrição, relacionando-o como a possibilidade de sofrer danos e a capacidade para o seu enfrentamento. Diante dessa ótica, deve-se identificar: quem, por que e em que nível os grupos se tornam vulneráveis.

Dentro da abordagem de Watts e Bohle, em 1993, o termo vulnerabilidade estaria focado em uma estrutura tripartite constituindo-se em entitlement, empowerment e política econômica. Dessa forma, a vulnerabilidade é definida sob a perspectiva desses três poderes sendo que o termo entitlement refere-se ao direito das pessoas; empowerment, o empoderamento, que está relacionado à sua participação política e institucional; e a política econômica está ligada à organização estrutural-histórica da sociedade e suas decorrências.

Portanto, diante das constatações de Watts e Bohle, em 1993 a vulnerabilidade às doenças e situações adversas da vida é distribuída de maneira diferente segundo os indivíduos, regiões e grupos sociais, estando sobremaneira relacionada com a pobreza, com as crises econômicas e com o nível educacional.

Continuando com a diversidade de interpretações do conceito de vulnerabilidade, tem-se que o termo pode ser entendido como uma condição desfavorável, ou:

“É a condição objetiva da situação de exclusão e que aumenta a probabilidade de um evento ocorrer. O que identifica são os processos sociais e situações que produzem fragilidade, discriminação, desvantagem e exclusão social, econômica e cultural” (PNAS, 2004).

Na área da saúde, o conceito de vulnerabilidade surge no início da década de 80 como uma forma de interpretar a epidemia da AIDS, em uma tentativa de reconceituar a doença dentro de uma ótica individual (PNAS, 2004).

Segundo Mann (1993), em seu livro “AIDS no Mundo”, onde se avalia a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e AIDS, mostra que o comportamento individual é um determinante final da vulnerabilidade à infecção, isso justificaria o enfoque das ações no indivíduo, o que, no entanto, não controlaria a epidemia, mas reduziria a incidência de casos.

Ainda conforme o mesmo autor, a vulnerabilidade coletiva está relacionada à avaliação da capacidade estrutural e funcional dos programas de controle da epidemia já a vulnerabilidade social baseia-se na avaliação das realidades sociais por intermédio de indicadores do Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas.

Paris (1999), em um estudo sobre vulnerabilidade à AIDS, por intermédio de uma abordagem psicossocial com mulheres acometidas pela doença, mostra uma decodificação do conceito de vulnerabilidade em: vulnerabilidade relacionada aos fatores estruturais da sociedade, que se refere à desigualdade de renda, educação e de acesso à serviços; vulnerabilidade relacionada aos aspectos fisiológicos e decorrentes das relações de gênero na sociedade e a vulnerabilidade na esfera da significação, que se relaciona ao conceito de risco e a forma como se expressa, no imaginário social, além de seus diferentes significados através da história.

5.2 VULNERABILIDADE AO HIV/AIDS E A SEGREGAÇÃO FEMININA NO BRASIL E NA CIDADE DE SALVADOR

Durante o período colonial, no Brasil, a Igreja foi uma das grandes responsáveis por buscar normatizar o comportamento feminino. No intuito de alcançar algum reconhecimento social, a mulher deveria, nesse período, contrair matrimônio, e a partir de então ela poderia iniciar a vivência de sua sexualidade, exclusivamente dedicada à procriação, bem como a tarefa de cuidar dos filhos e da casa (COSTA, 2004).

Publicações nas áreas das ciências humanas mostram que, o papel da mulher vem mudando radicalmente ao longo do tempo e principalmente com relação ao período considerado do patriarcado, período colonial, no Brasil, onde o valor maior esteve na figura do homem e nas atividades a ele relacionadas (COSTA, 2004).

Então, quando passamos a retratar o contexto histórico e político da segregação do gênero no Brasil, durante um longo período, a mulher sempre esteve excluída do exercício de cidadania. Foi somente em 1932, com o Código Eleitoral Brasileiro, que a mulher passou a ter o direito ao voto (CONFERENCIA NACIONAL DE POLÍTICA PARA MULHERES, 2011).

A Constituição Federal Brasileira de 1988 representou um marco político e jurídico que formalizou a igualdade entre homens e mulheres. Foi dentro desse contexto que em 2003, foi criada a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM), com a finalidade de auxiliar a presidência na elaboração e formulação de políticas voltadas para a promoção da igualdade de gênero (CONFERENCIA NACIONAL DE POLÍTICA PARA MULHERES, 2011).

É a partir da evidencia desse percurso da busca de igualdade de gênero no Brasil que a questão da “vulnerabilidade” feminina ao vírus HIV e a AIDS se torna evidente. Pois, mesmo com o avanço político, da conquista de espaços sociais dentro de um contexto de sociedade machista, hoje, em 2012, a mulher ainda se encontra segregada e exposta ao poderio masculino, quando se percebe, conforme dados do Ministério da Saúde (2000), que a proporção de casos entre homens e mulheres era de 40/1 no início da epidemia em 1981, em 1988 chega a 7/1 e em 1998 essa proporção cai de 2/1.

Não se pode deixar de considerar que o Brasil é um país de cultura escravocrata e com grande miscigenação de raças, esses fatores contribuem para a existência de diversidades de culturas, valores e crenças. Essa diversidade é constatada também na questão de gênero envolvendo as mulheres brancas e negras de maneira distinta (COSTA, 2008).

Além disso, para o mesmo autor supracitado, a falta de planejamento quanto à abolição da escravatura e a existência de uma sociedade de base patriarcal e machista possibilitaram na atual situação, o duplo preconceito sofrido pelas mulheres afro-descendentes quanto à questão racial e ao gênero.

Não se pode deixar de constatar que, a ascensão social para mulher e para a mulher negra são obstáculos a serem ainda superados; o período escravocrata deixou como pensamento popular que as mulheres negras só servem para trabalhar como doméstica ou na exibição de seus corpos (CARNEIRO, 2003. p.49-53).

5.3 VULNERABILIDADE AO HIV/AIDS E O CONTEXTO SOCIOCULTURAL DA SEGREGAÇÃO FEMININA PARA A MULHER NEGRA

A mulher no Brasil, até a Constituição de 1988, era considerada cidadã de segunda categoria, sendo uma mulher negra e pobre essa condição estava relacionada a não ter os direitos mínimos de cidadania assegurados juridicamente. Além disso, as mulheres negras são alvo de maior violência que as mulheres brancas, estando mais expostas a agressões físicas, estupros, perseguição policial e de violência ideológica, manifestada pela negação de sua identidade, transformando-se em vítimas de exploração sexual e comercial de sua imagem (SILVA, 1998).

Portanto, marcadas pelo estigma do gênero e da etnia, as mulheres negras não usufruíram e nem usufruem os mesmos direitos que as mulheres brancas. Essa afirmativa se torna evidente ao se constatar que as mulheres negras tiveram uma experiência histórica diferenciada, constatada pelo efeito qualitativo da opressão sofrida pela identidade feminina das mulheres negras (CARNEIRO, 2003).

Uma questão importante e que deve ser levada em consideração é que a ascensão social da mulher, no Brasil é algo difícil, e para a mulher negra essa ascensão é mais difícil ainda, e isso se deve ao período escravocrata brasileiro, que deixou como herança, o pensamento popular de que as mulheres negras só servem para trabalhar como doméstica ou em exibição dos seus corpos (REVISTA ÁFRICA, 2010).

Para Carneiro (2003), as mulheres negras fazem parte de um contingente de mulheres que não vivem sobre o mito da fragilidade feminina, subjugada pela figura paternalista masculina. A mulher negra faz parte de um contingente de mulheres que trabalharam durante séculos como escravas nas lavouras, ruas, como quituteiras e como prostitutas.

A mesma autora completa relatando que as mulheres negras têm identidade de objeto, uma vez que no período escravocrata estavam a serviço das “*frágeis*” sinhazinhas e dos abusos dos senhores de engenho. Hoje, as mulheres negras são na sua maioria, domésticas, tratadas como antimusas da sociedade brasileira, pois o modelo estético de mulher é o da mulher branca.

O feminismo da mulher negra está relacionado ao fato dessa mulher nunca ter sido vista como “*frágil*” e “*virginal*” tal mulher sempre foi alvo da sexualidade e vista como escrava. Dessa maneira, esse feminismo potencializa questões alicerçadas pela tríade raça, gênero e classe, sendo que hoje, a mulher negra tenta ser vista como sujeito político e com autonomia. Assim a autora retrata:

Quando falamos do mito da fragilidade feminina, que justificou historicamente a proteção paternalista dos homens sobre as mulheres, de que mulheres estamos falando? Nós, mulheres negras, fazemos parte de um contingente de mulheres, provavelmente majoritário, que nunca reconheceram em si mesmas esse mito, porque nunca fomos tratadas como frágeis (CARNEIRO, 2003).

Além disso, Carneiro (2003) chama atenção para a diferente trajetória vivenciada pelas mulheres brancas e negras quanto às relações de raça, cor e gênero impostas socialmente. A questão de gênero e raça está intimamente relacionada com o machismo, uma vez que ambos viabilizam a construção de uma representação estereotipada e equivocada da mulher negra.

As mulheres negras fazem parte de um contingente feminino originário de uma cultura violada, folclorizada e marginalizada, tratada como algo primitivo. Essas mulheres são ignoradas pelo sistema de saúde em sua especialidade, uma vez que não há uma obrigatoriedade quanto ao registro da cor dos pacientes nos formulários da rede pública, tal informação é necessária e pertinente para se avaliar as condições de saúde das mulheres negras no Brasil, uma vez que, dados científicos mostram que mulheres brancas e negras apresentam significativas diferenças em termos de saúde (SILVA, 1998).

Ainda assim, Gonzalez (1982) chama atenção para a maneira como as mulheres negras eram e são excluídas dos textos e dos discursos dos movimentos sociais e políticos, dessa forma a autora destaca a resistência da mulher negra, anônima, sustentáculo econômico, afetivo e da moral de sua família.

A vulnerabilidade das mulheres negras à infecção ao HIV/AIDS ocorre em consequência da violência a qual esse grupo se encontra exposto de forma mais perversa, principalmente quando se trata das comunidades pobres. A exclusão social a qual mulheres afrodescendentes estão submetidas potencializa a exposição à infecção (GONZALEZ, 1982).

De acordo com dados da Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2011), a epidemia do HIV/AIDS se apresenta de forma mais intensa em grupos excluídos historicamente da riqueza social, assim como naqueles culturalmente discriminados. A realidade brasileira mostra, conforme dados do Ministério da Saúde (2011), que os índices de HIV/AIDS são muito presentes onde a população em geral, tem uma condição sociocultural menos favorecida, como por exemplo, a população feminina e a população negra.

Atualmente, não existem dados que correlacionem diretamente à questão da raça/cor/população feminina com a vulnerabilidade ao HIV/AIDS. No entanto, estudos realizados por Pinho (2010), destacam características próprias que viabilizam uma maior vulnerabilidade para esse grupo, que se relacionam independente da faixa etária e da região onde reside com as piores condições sócio-econômicas, às maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde e insumos, menores índices de

conhecimento adequado quanto às vias de transmissão do HIV e aos baixos percentuais quanto ao uso do preservativo. Todos esses fatores corroboram para uma maior vulnerabilidade da população feminina negra ao HIV/AIDS.

Pesquisas realizadas pelo Instituto Patrícia Galvão, 2011, mostram que a vulnerabilidade biológica da mulher é um fator importante em função da sua vulnerabilidade social, ocasionando assim, a dificuldade em negociar o uso do preservativo, a baixa percepção quanto ao risco de infecção, a dependência econômica e emocional do parceiro, o contato com parceiro usuário de drogas injetáveis, a comercialização do sexo e violência, facilitando sobremaneira a exposição das mulheres ao HIV/AIDS.

As desigualdades socioeconômicas de um país também influenciam a dinâmica da AIDS; e é dessa forma que, há uma incidência maior do HIV/AIDS nas populações de menor condição socioeconômica (PARKER, 2004).

Além disso, por conta da extrema pobreza, as meninas negras ingressam muito cedo no mercado de trabalho, sendo exploradas pela sociedade, que sabendo da sua condição financeira, oprime e humilha. Então, para as mulheres afro-descendentes o país reserva as posições menos qualificadas, os piores salários, a informalidade e o desrespeito. (PINHO, 2010).

Sendo assim, estudos realizados por Palma e Mattos (2001), mostram que a falta de acesso a serviços e/ou informações, bem como a condição socioeconômica a qual estão expostas, vulnerabiliza as mulheres negras à ocorrência do HIV/AIDS de forma mais veemente e frequente do que em mulheres brancas.

Quando o item analisado é o da saúde, observa-se a continuidade da desigualdade, pois conforme dados do Ministério da Saúde, 2011, o percentual de mulheres negras que não têm acesso ao exame clínico ginecológico é 10% maior quando comparado com as mulheres brancas; pesquisas de 2011 demonstram também que, 44,5% das mulheres negras não tiveram acesso ao exame clínico das mamas, contra 27% das mulheres brancas, além disso, entre 2010 e 2011 a infecção pelo HIV/AIDS sofreu um crescimento de 36% para 42,4% entre as mulheres negras.

No entanto, para o Ministério da Saúde, 2011, o aumento da transmissão heterossexual na população feminina tem ocorrido de forma significativa como um todo, tanto para as mulheres brancas quanto para as mulheres negras, mas por um fator histórico/social agregado à população das mulheres negras, como antes explicado, essas apresentam uma vulnerabilidade maior à infecção do que as mulheres brancas.

6. AÇÕES DESENVOLVIDAS PELA SECRETARIA MUNICIPAL CONTRA O HIV/AIDS

A Secretaria de Saúde do Município de Salvador criou em 1994 o Programa Municipal de DST/AIDS, com o objetivo de esclarecer à população de Salvador sobre a epidemia de AIDS, defender contra a discriminação dos grupos considerados vulneráveis, garantir o atendimento dos casos verificados e orientar os profissionais de saúde. Esse programa tem como princípios éticos e políticos o Sistema Único de Saúde – SUS, que são: universalidade, descentralização, hierarquização, equidade e participação social (SMS, 2011).

Além disso, o programa busca atuar em defesa dos direitos humanos e dos direitos de cidadania, contra o preconceito e a discriminação, objetivando a garantia do acesso universal à assistência de forma gratuita, com a inclusão de medicamentos específicos com o direito ao acesso aos meios adequados de prevenção para a população soteropolitana (SMS, 2011).

Ainda conforme informações da Secretaria de Saúde do Município de Salvador (2011), a Coordenação Municipal do programa de DST/AIDS está subordinada à Vigilância Epidemiológica, integrando a Coordenação de Saúde Ambiental (COSAM), e atuando de forma articulada com a sociedade civil organizada, através das ONG (Organizações não Governamentais), associações e grupos organizados e com outros parceiros da Saúde, como os Programas de Saúde da Mulher (PAISM), Controle da Tuberculose, PSF (Programa Saúde da Família), Saúde do Adolescente e Saúde Mental.

O programa tem como responsabilidade a integração e ampliação da assistência em DST/AIDS em todos os Distritos Sanitários de Salvador, realizando capacitações

periódicas, objetivando qualificar e humanizar a atenção às pessoas que vivem com HIV/AIDS e com outras DST em Salvador (SMS, 2011).

Por intermédio do programa, Salvador conta também com serviços municipais em DST/AIDS, de forma gratuita, que integram o SUS, estando disponível para a população de segunda a sexta-feira das 07 às 18 horas (SMS, 2011).

7. QUESTÃO NORTEADORA, OBJETO E OBJETIVO DA PESQUISA

Dessa maneira, por intermédio de uma reflexão sobre a feminização da Aids na cidade de Salvador, no estado da Bahia, como resultado da vulnerabilidade das mulheres relacionada ao processo de gênero, suscitou-se ao seguinte questionamento: Será que a vulnerabilidade das mulheres relacionada ao gênero vem contribuindo com o processo de feminização do HIV/Aids no município de Salvador no estado da Bahia? A partir de então se traçou como objetivo geral: descrever valores, atitudes, crenças, comportamentos e contextos histórico-socio-culturais que possam ter vulnerabilizado mulheres para a infecção pelo vírus HIV/Aids em Salvador, no estado da Bahia.

Os objetivos específicos do estudo foram:

1. Identificar com mulheres já contaminadas, no município de Salvador, valores, atitudes, crenças, comportamentos e contextos histórico-socio culturais que vulnerabilizaram as mulheres ao processo de infecção ao HIV/Aids.
2. Buscar com mulheres já contaminadas sua percepção frente a contaminação pelo HIV/Aids com relação ao homem, a idade, a renda e ao bairro.
3. Examinar com mulheres contaminadas as ações de saúde que poderiam ser realizadas na intenção de minimizar o processo de feminização do HIV/Aids.

8. PERTINENCIA DO TEMA E DA PESQUISA

A pertinência quanto ao tema e a pesquisa ocorrem em razão da desigualdade de gênero à qual a mulher é constantemente submetida fazendo com que a mesma naturalize essa situação, concorrendo, assim, para uma limitação na busca de estratégias que revertam essa condição.

Ainda assim, essa situação tem remetido ao processo de feminização da aids com uma relação direta com a questão de gênero, em detrimento da infecção apresentar em sua maioria mulheres monogâmicas, não usuárias de drogas injetáveis e dependentes economicamente e emocionalmente de seus companheiros.

Além das complicações da infecção se constituírem nas principais causas de morte entre as mulheres em idade reprodutiva, tem-se observado também, a frequência da doença em mulheres idosas.

Outro fator relevante, e que há pelo menos cinco anos vem chamando a atenção dos especialistas, é a relação entre o crescimento da epidemia e a desigualdade de gênero, materializada especialmente na violência contra as mulheres. Essa relação contextual entre violência e infecção pelo HIV começa a aparecer, cada vez mais nítida, nas pesquisas.

Por outro lado, a falta de acesso a serviços e/ou informações, bem como a condição socioeconômica a qual estão expostas, vulnerabiliza as mulheres negras à ocorrência do HIV/aids de forma mais veemente e frequente do que as mulheres brancas.

Sendo assim, a realização desse trabalho, assim como a escolha do tema e da pesquisa no âmbito das Políticas Sociais tornaram-se importantes também, por possibilitar-me uma maior qualificação para a condução de investigações no meio social e da política social, para o enriquecimento nas reflexões teóricas acerca do pensamento social, para a capacitação e incorporação de novas questões da realidade social e por fim, para um aprofundamento do conhecimento essencial ao enfrentamento de desafios emergentes, que demandem de minha intervenção enquanto profissional e docente da área de saúde.

9. PERCURSO METODOLÓGICO

9.1 MÉTODO INVESTIGATIVO UTILIZADO

Essa pesquisa fez uso do percurso metodológico qualitativo, com abordagem exploratória, tendo como foco a feminização da aids, adotando o gênero como recorte analítico.

A pesquisa está fundamentada em um caráter qualitativo, baseado em Minayo (1999, p. 22), que argumenta: “o estudo qualitativo permite o aprofundamento no mundo dos significados, das ações e relações humanas, lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas”. Segundo a autora, a pesquisa qualitativa responde a questões particulares, preocupando-se, nas ciências sociais, com aspectos da realidade que não podem ser identificados.

Segundo Neves (1996), a pesquisa qualitativa costuma ser direcionada, ao longo do seu desenvolvimento; além disso, não busca enumerar ou medir eventos e, geralmente não emprega instrumental estatístico para análise dos dados; seu foco de interesse é amplo e parte de uma perspectiva diferenciada da adotada pelos métodos quantitativos.

É importante esclarecer que, a pesquisa sob a forma qualitativa diferentemente da quantitativa, está relacionada com a abordagem naturalista, interpretativa e pós-positivista de autores como Weber e Kant, que começou a ganhar força na década de 70, na tentativa de se ter um modelo para o estudo dos fenômenos humanos e sociais (GRESSLER, 2004).

No uso da pesquisa qualitativa, segundo Liebscher (1998), é necessário aprender a observar, registrar e analisar interações reais entre pessoas, e entre pessoas e sistemas. Esse tipo de pesquisa proporciona um relacionamento mais flexível entre pesquisador e entrevistado, lidando com informações subjetivas, amplas e com riqueza de detalhes.

Além disso, a pesquisa qualitativa para Richardson (2007) é uma opção para o investigador, por se tratar de uma forma adequada para entender a natureza de um fenômeno social.

A abordagem exploratória adotada nessa pesquisa tem conforme Calder (1977) como objetivo estimular o pensamento científico por intermédio da concepção mais profunda de um problema. No entanto, para Oliveira (1999), a pesquisa exploratória visa proporcionar um maior conhecimento para o pesquisador acerca do assunto, a fim de que esse possa formular problemas mais precisos ou criar hipóteses que possam ser pesquisadas por estudos posteriores.

Essa pesquisa foi desenvolvida no Centro de Referência em DST/ AIDS do Estado da Bahia (antigo Cre aids), instituição pública do Sistema Único de Saúde (SUS), pertencente à Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e ligada à Superintendência de Atenção Integral à Saúde (SAIS).

Atualmente, o Cre aids é o Centro Estadual Especializado em Diagnóstico, Assistência e Pesquisa (CEDAP, antigo CREAIDS) e tem sua atenção voltada aos portadores de Doenças Sexualmente Transmissíveis e do vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), causador da aids. Seu principal objetivo consiste em assegurar uma atenção de excelência e melhoria da qualidade de vida dos usuários. A escolha do local se deveu em razão de ser essa a unidade de referência para diagnóstico e tratamento do HIV/aids que atende ao estado da Bahia e a capital baiana.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, de acordo com a resolução CNS/MS 196/96, que regulamenta a ética em pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil. Foi pedido a cada uma das participantes da coleta da pesquisa o seu consentimento livre e esclarecido, visando garantir o anonimato das mesmas e assegurando-lhes proteção e segurança quanto à abordagem das questões relativas à sua condição de saúde e de vida.

9.2 TÉCNICA DE COLETA DOS DADOS

As técnicas de coleta de dados de acordo com Santos (2006) devem ser eleitas de modo a se sincronizar com o tipo de pesquisa realizada. Nas ciências sociais, os pesquisadores buscam visualizar o conceito e estabelecer uma integração com o objeto de estudo, de forma que, o possibilite chegar a uma melhor compreensão do fenômeno estudado.

Isto posto, nessa pesquisa como técnica apropriada para a coleta dos dados fez-se uso da técnica de grupo focal. Optou-se por tal método com a finalidade de identificar situações vivenciadas pelas mulheres que convivem com o HIV/aids, para que, a partir de então, se pudesse abstrair os objetivos propostos pela pesquisa e estimular as discussões nos grupos formados, uma vez que, segundo Rodrigues (1988) a abordagem teórico-prática dos grupos focais privilegia o campo da investigação social, destacando as situações mais adequadas para sua aplicação.

Ao se fazer uso da técnica de Grupos Focais no escopo metodológico dessa pesquisa, tornou-se necessário esclarecer que o prestígio e utilização dessa técnica têm crescido bastante no âmbito da pesquisa social, o que requer por parte do pesquisador esforços analíticos que o ajudem a realizar interpretações em consonância com a demanda dos participantes (RODRIGUES, 1988).

À vista disso, visando contribuir para o entendimento do método utilizado para a coleta dos dados, realizou-se uma descrição analítico-explicativa sobre a aplicação da técnica de grupos focais aplicada nessa pesquisa. A organização e sistematização adotada seguiram uma diretriz didático-pedagógica que envolve a apresentação sob a forma de tópicos das etapas realizadas, com a finalidade de se trazer maior clareza e objetividade à condução do trabalho. Essas etapas foram:

1. Seleção da equipe para dar suporte à coleta: foi composta por um facilitador (a pesquisadora) cuja função foi intermediar o debate, apontando os tópicos delineados pela pesquisadora a serem abordados, fazendo uso de técnicas de investigação para buscar opiniões e experiências demonstradas pelos participantes, incentivando a participação de todos, não fazendo julgamento, mas sim estimulando os pontos relevantes; um relator (pessoa escolhida pela pesquisadora), cuja função foi observar e

descrever as opiniões e manifestações dos participantes mediante abordagem feita pelo facilitador.

2. Seleção dos participantes: foram selecionados dos tipos de grupo, de acordo com a necessidade dos objetivos propostos pela pesquisa; um relacionado a relação heterossexual estável ao contrair o vírus HIV e outro relacionado a relação heterossexual não estável ao contrair o vírus HIV. Os grupos foram realizados em momentos distintos e para a escolha das suas participantes obteve-se a contribuição do CEDAP (antigo CREAIDS), para a identificação, nos registros da instituição, das pessoas mais indicadas para cada grupo. Na escolha dessas participantes, tentou-se no momento da identificação, selecionar pessoas homogêneas, não apenas quanto aos critérios estabelecidos e a condição da relação ao contrair o vírus, mas também, quanto ao nível sócio-cultural, para que não houvesse inibições quanto aos comentários. Sendo assim, foram utilizados como critérios de inclusão: a soropositividade, idade a partir dos 18 anos (independente da raça e da cor), residir em Salvador/Bahia, ser atendida no CEDAP há pelo menos dois anos e ter condições psicológicas para participar da pesquisa. A condição de ser atendida na instituição há pelo menos dois anos, esteve relacionada apenas, à continuidade e frequência ao Centro. Cabe ressaltar que, esses critérios foram identificados nas fichas de cadastro das pacientes na instituição, e a escolha das mesmas ocorreu conforme os critérios estabelecidos, sendo também realizada, mediante a demanda diária em que as participantes vinham ao CEDAP. É importante que seja dito que, cinco mulheres que haviam sido abordadas para participarem da pesquisa, se recusaram ao tomar conhecimento que seus discursos seriam escutados e compartilhados com outras mulheres, essas atribuíram à falta de compreensão das pessoas ao seu problema o motivo da desistência em participar da pesquisa.

3. Duração do evento e seu local de realização: a abordagem de cada grupo durou em média uma hora, em um local caracterizado e escolhido pela pesquisadora quanto a sua privacidade, tratou-se de uma sala localizada no próprio CEDAP, utilizada na instituição para fins de trabalhos com grupos. Essa sala fica localizada no primeiro andar da instituição, no mesmo andar em que os pacientes pegam as medicações fornecidas pelo CEDAP para seu tratamento. Cada participante falou em torno de dez

minutos, viabilizando a discussão de cada grupo, seus comentários foram gravados, condição essa devidamente esclarecida aos participantes e em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Além disso, os participantes foram devidamente informados quanto aos papéis do facilitador e do relator. Todos os debates se deram em uma mesa redonda, para que todas as participantes se sentissem em um mesmo patamar, não havendo privilégios quanto ao assento e nem quanto a posição de cada uma delas.

4. Elaboração do roteiro de discussão: foi preparado um esboço com os tópicos e assuntos que foram discutidos, esse continha poucos itens na tentativa de permitir certa flexibilidade para dar prosseguimento a temas não previstos, no entanto relevantes para a pesquisa. Foram elaboradas questões norteadoras diretas para serem facilmente codificadas e analisadas, juntamente com questões específicas. As questões norteadoras e específicas abordadas foram: **1. *Como as mulheres de Salvador são contaminadas pelo vírus HIV? Como essa contaminação acontece em geral?*** **2. *A contaminação é diferente para os homens? A contaminação acontece de maneira diferente segundo idade, renda, escolaridade, bairro e cor?*** **3. *O que poderia ser feito para proteger as mulheres da contaminação pelo HIV? Que ações de saúde poderiam ser realizadas para reduzir o risco da infecção pelas mulheres?***

5. Condução da entrevista: tentou-se a princípio estabelecer um bom ambiente, uma vez que, em geral as participantes ficaram sem saber o que de fato iria ocorrer. Antes de iniciar, o facilitador esboçou para as participantes de cada grupo a finalidade e o formato da discussão, logo no início de cada sessão. Foi esclarecido que se tratava de uma discussão informal, que deveria ter a participação de todas e que, as divergências de opiniões seriam bem vindas. Deu-se prioridade às perguntas abertas uma vez que, essas permitiram que as participantes contassem sua história com suas próprias palavras, viabilizando o acréscimo de detalhes que conduziram a descobertas inesperadas. Procurou-se utilizar técnicas investigativas, feitas pelo facilitador toda vez em que, as participantes davam respostas incompletas ou irrelevantes, buscando respostas mais completas e claras, tais como: repetição da pergunta, adoção de uma postura mais ingênua para solicitar detalhes mais específicos, realização de pausas para a resposta dando a entender a falta de conhecimento no assunto solicitando uma resposta mais completa, repetição da resposta na tentativa de estimular a conversação. Em muitos momentos perguntas como: O que? Onde? Qual? e Como? foram feitas, na

tentativa de provocar informações mais detalhadas. Além disso, alguns comentários considerados neutros foram feitos como: Mais alguma coisa a dizer? Por que você se sente assim? Procurou-se também dirigir perguntas aos indivíduos mais relutantes em falar, no intuito de se equilibrar a participação. Em alguns momentos, teve-se a necessidade de se alternar com algumas brincadeiras para descontrair e retirar a seriedade da condução das discussões. Houve na verdade, total controle das mesmas.

6. Registro da discussão: em paralelo às anotações escritas foram feitas gravações em áudio. As anotações procuraram ser o mais completa possível, refletindo o conteúdo das discussões bem como os comportamentos não verbais como expressões faciais e gestos. Logo após a realização de cada grupo focal, a equipe (facilitador e o relator) resumiu as informações quanto às impressões de cada um e as implicações das informações para a pesquisa.

7. Análise dos resultados: Após cada sessão de discussão a equipe reuniu as anotações realizadas com a finalidade de se analisar tendências e padrões, havendo o agrupamento dos dados interpretados conforme semelhanças encontradas diante dos pontos norteadores da pesquisa. É válido relatar que, após escutas exaustivas das gravações, observou-se que alguns ruídos, barulhos ou até mesmo a discussão das participantes ao mesmo tempo, dificultaram o áudio dos depoimentos, tornando-se necessário a contribuição de um técnico em áudio para ajudar na escuta mais clara dos depoimentos.

10. ANÁLISE DOS DADOS

10.1 CONSTRUÇÃO DOS GRUPOS TEMÁTICOS E ANÁLISE DOS DADOS

Os conteúdos dos grupos focais foram analisados pela técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (2009) que recomenda a utilização de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, por intermédio de um conjunto de técnicas de análise das comunicações que permitem descrever os conteúdos das mensagens qualitativas.

Ainda conforme Bardin (2009), a análise dos resultados é resultante de associação de palavras (estereótipos e conotações) que possibilitam analisar o texto por meio da expressão do sujeito, onde o analista busca categorizar as unidades de texto (palavras ou frases) que se repetem, inferindo uma expressão que as representem.

É importante salientar que, a análise de conteúdo trabalha tradicionalmente com materiais de textos escritos; que podem ser os textos produzidos em pesquisa por meio de transcrição de entrevistas ou protocolos e os textos já existentes como os de jornal (CAREGNATO, 2006).

Além disso, a análise de conteúdo trabalha com o conteúdo, ou seja, com a materialidade lingüística através das condições empíricas do texto, estabelecendo categorias para sua interpretação. Essa técnica se fixa no conteúdo do texto, sem realizar relações além desse (CAREGNATO, 2006).

Segundo Minayo (2004), o método de análise de conteúdo é composto por quatro fases, a saber: a pré-análise, a exploração do material, o tratamento dos resultados e a interpretação.

Sendo assim, após a aplicação da técnica de grupo focal com as mulheres soropositivas, mas que contraíram o HIV em relações heterossexuais estáveis ou não, foi realizada a transcrição dos depoimentos na íntegra, para que fossem analisados com maior minúcia de detalhes.

Na transcrição, constam as emoções manifestadas e relatadas pelas depoentes, os sentimentos expressos e manifestados, os diálogos diretos ou indiretos com as outras participantes do grupo, enfim todos os elementos que puderam ser captados pela pesquisadora. Até mesmo os gestos e o silêncio, manifestados em alguns momentos, representaram os sentimentos vivenciados pelas participantes diante do contexto da pesquisa. Foi possível assim, identificar e compreender de maneira indireta o que havia sido manifestado pelas mulheres durante a aplicação do grupo focal.

Em seguida, realizou-se uma leitura mais aprofundada e exaustiva da transcrição, a fim de apreender, definir e agrupar os elementos considerados afins. Para isso, cada expressão, gestual ou comportamento manifestado pelas mulheres no decorrer da transcrição foi sinalizado nas frases e orações, além de ser identificado.

Após este processo nos dois grupos focais, foi possível, então demarcar os elementos comuns presentes nos depoimentos, por intermédio de um recurso do Microsoft Office

Word, que possibilita a marcação colorida de cada fala desejada. Assim, os elementos comuns foram separados por cores diferenciadas, para que posteriormente pudessem ser agrupados, viabilizando assim, o início da análise dos depoimentos de cada grupo.

Desde o contato com o primeiro grupo focal, com mulheres que adquiriram o HIV em relações heterossexuais estáveis, foi necessária a redução de pressupostos existentes por parte da pesquisadora pela proximidade com o tema, por intermédio de leituras e outros conhecimentos. Dessa maneira, foi possível evitar a formulação de categorias prévias e do envolvimento com os fatos.

Minayo (2004) revela que a análise de conteúdo procura compreender o pensamento do sujeito através do conteúdo expresso no texto, em uma concepção transparente de linguagem. Ao se fazer uso da análise de conteúdo “o que é visada no texto é uma série de significações que o codificador detecta por meio dos indicadores que lhe estão ligados”.

Então, a todo o momento do agrupamento dos elementos em categorias comuns nas descrições, a pesquisadora tentou seguir a concepção explicitada pelo autor supracitado. Segundo o mesmo, deve-se colocar entre parênteses com clareza de linguagem a percepção a cerca do que é expresso pelo indivíduo em suas declarações. É importante salientar a dificuldade para que essa etapa fosse concluída, de acordo com a rigorosidade do método, uma vez que constantemente a pesquisadora tinha dificuldade quanto à apreensão do que era manifestado pelas participantes.

Portanto, a centralidade desse estudo ocorre de modo contrário ao método fenomenológico essencialista de “Husserl” (1985), nessa pesquisa, o conteúdo de cada uma das falas das participantes foi identificada pela pesquisadora, a fim de estabelecer padrões de relações partilhados por participantes diferentes, pertencentes a um mesmo grupo focal, diante do mesmo ponto norteador.

A seguir, o estudo apresenta os resultados da pesquisa, alcançado após o processo acima descrito. Nesse momento, destacam-se algumas falas das participantes e, por conseguinte a análise baseada na análise de conteúdo de Bardin. Vale ressaltar que, para melhor elucidação e preservação das falas das mulheres, as mesmas foram identificadas com nomes de flores.

11. RESULTADOS

11.1 AS CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURAIS DAS PARTICIPANTES

11.2 GRUPO ESTÁVEL

As participantes desse grupo focal foram sete mulheres atendidas no antigo Centro de Referência para DST/Aids, hoje, Centro de Pesquisa e Diagnóstico (CEDAP), que apresentaram soropositividade à infecção pelo HIV/Aids, mas adquiriram o vírus em uma relação heterossexual estável, e com residência na capital baiana, Salvador.

Cabe ressaltar que, todas as informações, inclusive as referentes à residência, à cor e à escolaridade, também foram obtidas por intermédio dos registros dessas mulheres no CEDAP.

Logo, dessas sete mulheres, duas tinham 25 anos, uma 30 anos, uma 35 anos, uma 33 anos e duas 40 anos. Ademais, 4 delas declaravam ser negras e 3 declaravam ser brancas.

Com relação à escolaridade, vale lembrar que, como anteriormente esclarecido na técnica de coleta dos dados, deu-se preferência a mulheres que tivessem uma homogeneidade quanto ao nível sócio-cultural, a fim de se evitar as inibições dos comentários.

Dessa forma, todas as mulheres desse grupo estudaram até o ensino médio fundamental, caracterizado pelo 2º grau. Quanto ao bairro onde residiam, duas delas moravam na Fazenda Grande do Retiro, uma em São Cristóvão, duas em Paripe e duas em Pernambués.

11.3 GRUPO NÃO ESTÁVEL

Também nesse grupo, as participantes foram um total de sete mulheres atendidas no CEDAP e que apresentaram soropositividade à infecção pelo HIV/Aids, com aquisição do vírus em relações heterossexuais não estáveis, e residência na capital baiana, Salvador.

Aqui, da mesma maneira que no grupo anterior, as informações foram colhidas nos registros do CEDAP. Portanto, das sete mulheres desse grupo, duas tinham 20 anos, uma 18 anos, duas 30 anos, uma 28 anos e uma 32 anos.

Todas as participantes desse grupo, também concluíram o 2º grau. Quanto à residência, uma declarou residir em Brotas, duas no Lobato, duas em Pernambués, uma em Cajazeiras e uma em Paripe.

11.4 OBSERVAÇÕES A PARTIR DOS PRONTUÁRIOS DAS PARTICIPANTES NO CEDAP

Para escolha e abordagem das participantes da pesquisa, se fez necessário a verificação das características das mesmas frente aos registros do CEDAP. Essa verificação era feita à medida que as mulheres chegavam à unidade.

Dessa maneira, na manipulação desses registros, foi possível perceber que a maioria da demanda interna e daquele momento, era de mulheres entre 18 e 50 anos que, são encaminhadas ao Centro, pela unidade básica de saúde ou outra unidade, que já tenha o diagnóstico confirmado dessa mulher, da Aids.

Outra constatação frente aos prontuários se relacionou a auto declaração das mulheres quanto a sua cor, em muitos registros não havia declaração, ou havia um traço na lacuna ou a inscrição: não informado.

Muitas também, conforme os registros são encaminhadas para serviços como psicologia, psiquiatria, cardiologia e dermatologia que são oferecidos pelo Centro.

11.5 SEMELHANÇAS E DIFERENÇAS ENTRE PARTICIPANTES DOS DOIS GRUPOS

Quanto as semelhanças pôde-se perceber que, em ambos os grupos, 4 das participantes se auto declaravam, em registros do CEDAP, negras e 3 se auto declaravam brancas.

Além disso, em ambos os grupos as participantes estudaram até o 2º grau, e duas também, moravam no bairro de Pernambués. Esse bairro foi considerado conforme dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) (2012), como um dos mais populosos do município de Salvador.

Ainda segundo os bairros resididos pelas participantes do estudo, torna-se interessante esclarecer que, além do bairro de Pernambués, os bairros de Brotas, Fazenda Grande do Retiro, São Cristóvão e Paripe foram classificados segundo o último censo do IBGE (2012), como bairros caracteristicamente negros.

Depois de Pernambués, ainda de acordo com o Instituto de Geografia e Estatística (2012), em terceiro lugar, aparece o bairro de Brotas com 49.804 negros, seguido respectivamente de Paripe com 46.505, Fazenda Grande do Retiro com 46.476 e São Cristóvão com 45.505.

Por outro lado, uma característica evidenciada nos dois grupos foi, a faixa etária das mulheres que convivem com a doença, independente de como a contraiu; foi constatado que, essas mulheres se encontravam caracteristicamente em idade reprodutiva, que variou dos 18 aos 40 anos.

Se estabelecermos a média das idades no grupo estável, percebemos que, essa se encontra em torno de 32.5 anos, já no grupo não estável, a média entre as idades é de 25.4 anos. Há, portanto, uma diferença entre ambos de pelo menos sete anos.

As diferenças, também se caracterizaram quanto a distinção dos bairros onde essas mulheres residiam, variando desde Brotas, Lobato, Fazenda Grande do Retiro, São Cristóvão, Pernambués, Cajazeiras e Paripe.

12. AS RESPOSTAS DO GRUPO FOCAL DE RELAÇÃO ESTÁVEL ÀS PERGUNTAS DA PESQUISA

12.2.1. COMO FORAM CONTAMINADAS

Ao serem questionadas, como as mulheres de Salvador são contaminadas, todas as participantes desse grupo, se expressaram com reações diferentes, mas afirmando que a contaminação ocorre por meio da relação sexual com seu parceiro, como mostra os depoimentos abaixo:

“Nós somos contaminadas pela relação sexual que ocorre com o nosso parceiro, marido, companheiro, comigo aconteceu dessa forma (timidez ao falar), fui contaminada pelo meu parceiro, (faz uma pausa), ele foi internado um dia e foi direto para a CTI, quando o médico veio eu perguntei, o que ele tem doutor? E o doutor me respondeu na maior naturalidade, como se estivesse falando de um resfriado, ele disse: é Aids.” (abaixa a cabeça) (Margarida)

“A maioria das mulheres acontece dessa forma gente! (firmeza ao falar) também fui traída, se não tivesse sido não estaria hoje aqui, com essa doença e o pior é que fui traída pelo meu companheiro (pausa) confiava nele.... nunca passou pela minha cabeça ter que usar camisinha com meu esposo e mesmo assim ele nunca quis usar, somos contaminadas porque acreditamos em nossos parceiros” (desinibida). (Jasmim)

Diante dos depoimentos acima, é evidente a vulnerabilidade das mulheres frente ao não uso do preservativo como prática preventiva contra a Aids, destacando o baixo poder de negociação com seus parceiros, havendo o predomínio, na maioria das vezes do ponto de vista masculino em relação a esta prática.

Nos depoimentos observa-se também que, nos relacionamentos amorosos estáveis a utilização do preservativo *é citada como uma alternativa posterior ao ocorrido*, ou seja, diante do arrependimento atribuído à confiança muitas relatam que o parceiro não gostava ou não queria fazer uso do mesmo, é o que mostra a fala a seguir:

“Peguei a doença com meu noivo, não gosto nem de me lembrar (abaixa a cabeça, faz uma pausa e continua) acho que com a maioria das mulheres deve acontecer assim, confiando, eles também não querem usar preservativo com a gente, a gente pensa que

somos as únicas que acontece isso, mas quando a gente vê, várias outras mulheres estão na mesma situação, então é isso... pegamos na relação sexual.” (Lótus)

Nota-se também que, elas percebem a relação estável, como o casamento, namoro ou noivado **como uma barreira contra a aids**, pois acreditam que, seus parceiros deveriam **fazer uso do preservativo quando ocorressem relações extraconjugais**, fato esse tratado com certa naturalidade, uma vez que esses comportamentos sexuais podem ser considerados normais no mundo machista.

Ainda assim, os relatos colhidos demonstram que as mulheres interligam o relacionamento estável à questão da fidelidade e do respeito. No entanto, quando estas mulheres percebem que tal situação não corresponde à realidade em que vivem, sentem-se traídas o que leva aos sentimentos de raiva e revolta. Pode-se observar nas falas seguintes:

*“Na maioria das vezes pegam na relação sexual com seu parceiro (**dificuldade para falar, timidez e medo**) naquele dia não queria ter relação com ele, mas parecia que ele tava possuído, **tenho certeza que ele me passou a doença naquele dia (choro) sabia que ele andava com outras mulheres na rua, mas achava que com elas ele se protegia por minha causa (choro)** (...) minhas irmãs quando ficaram sabendo nem me olhavam direito, mas já perguntei a elas se elas se protegem com seus maridos e ficam caladas, fica parecendo que a outra sou eu” (Orquídea)*

*Também fui contaminada pelo meu companheiro (timidez), **ele não queria usar preservativo e pronto**, na verdade nem eu também queria, mas não imaginaria em ser traída e dele me passar essa doença (**raiva ao falar**). Nunca em minha vida imaginei de pegar essa doença, via tanta gente falando dela mas não ligava, achava que nunca iria acontecer comigo, **a gente fica na mão do homem** (Rosa)*

Constata-se com os depoimentos que, as mulheres passam por sentimentos de angústia, raiva e ira no momento em que descobrem a infidelidade e a falta de respeito do parceiro. A raiva é muitas vezes proveniente da contaminação, infidelidade, falta de respeito e a cima de tudo, **decepção pela confiança traída**.

Dominadas por uma cultura machista, estas mulheres se sujeitam às vontades de seus parceiros, assumindo uma atitude de submissão no relacionamento a dois e aguardando como “recompensa” a proteção de seu parceiro, ainda que este possua relacionamentos extraconjugais.

“É... (balança a cabeça concordando com Rosa) sempre fui da casa, nunca fui de sair, me esbaldar, vivia para ele e nosso filho, mas a gente já devia saber que homem é assim mesmo, sempre arranjam outra na rua e quando arranjam não são mulher direita como a gente que está em casa esperando por eles” (Margarida)

Muitas demonstram em seus relatos que a não adesão ao uso do preservativo está relacionada a uma forma de demonstrar comprometimento com a relação, concepção essa criada quando se trata de um relacionamento estável, já que, para essas mulheres, a condição de “estabilidade” se relaciona à confiança e à fidelidade.

Diante das falas fica claro também que, a mulher ainda tem dificuldades em realizar a negociação do preservativo, seja pela resistência do companheiro em fazer o seu uso, por acreditar que não vão contrair a doença, seja como uma questão de confiança da mulher em seu companheiro.

“É isso mesmo minha filha, eles nunca querem usar camisinha, faz a gente acreditar que somos as únicas, mas pra falar a verdade eu também nunca que pedi pra ele usar, não desconfiava daquele homem Meu Deus, ele só andava comigo, e ainda me dizia que me amava, que só me tinha, e que camisinha é coisa de gente que não se respeita, e mesmo assim, ele tinha era que ter usado com as da rua, não comigo.” (se irrita ao falar). (Rosa)

Todavia, em muitos relatos se percebe que, as próprias mulheres não queriam que seus parceiros fizessem uso do preservativo, como mostram as falas a seguir:

“(....)eu mesma tinha vergonha de pedir a ele para usar, mas ... aí no que deu... e também confiava nele, nunca passou pela minha cabeça usar camisinha com ele, se eu só tinha ele, mas ele não só me tinha (risos nervosos) ele tinha outras(....)” (Rosa)

Nesse discurso em especial, da participante *Rosa*, nota-se certa contradição, uma vez que, a mesma afirma ter vergonha em pedir ao companheiro para usar a camisinha e posteriormente, relata nunca ter passado pela sua cabeça fazer uso do preservativo, pois só tinha o companheiro como parceiro.

“(...)eu mesma não gostava de usar camisinha, achava como ele, que é chupar bala com papel, e fui né(....)” (Hortensia)

“(...)ele também não quer usar camisinha(.....)” (Hortensia).

Percebe-se com esses comentários que, a camisinha é um método controlado pelo homem, o que pode dificultar sua negociação pela mulher. Dessa forma, a falta de autonomia feminina sucede de padrões culturais patriarcais, relacionados também, com a sexualidade e a desigualdade de gênero.

A ideia que se advém é que, as mulheres de um relacionamento estável caem em uma verdadeira “armadilha” ao se deixar levar por valores socialmente impostos, tais como os princípios de reciprocidade e lealdade, socialmente e culturalmente implícitos em relacionamentos conjugais estáveis.

As “armadilhas”, em alguns momentos, podem também, ser suscitadas pelo próprio companheiro, na tentativa de não se fazer sugerir a possibilidade do uso do preservativo, como se percebe nos depoimentos a seguir:

“(...)Ele dizia que se a gente usasse camisinha eu ia ter inflamação e eu tenho muita inflamação no útero(?)” (Margarida)

*“(...) nunca me esqueço do que ele me dizia (**choro**) que se eu usasse camisinha com ele era porque eu não amava ele, tive que dá a prova a ele de que amava né? Agora tô doente igual a ele”(face de conformidade, tristeza ao falar do companheiro) (Jasmim)*

“eles dizem que não precisa usar camisinha, mas eu não queria logo pegar uma gravidez, e eu não podia também tomar remédio, ele não aceitava usar a camisinha, é por isso que a gente pega fácil, daí com a gente é mais fácil” (Jasmim).

Outras chegam até a reconhecer a infidelidade, mas não abordam o assunto com o companheiro, por receio de ser mal interpretada e perderem seus parceiros.

“(...) só não fala logo porque fica com medo de perder o homem, então tem umas que faz vista grossa, não liga, é por isso que disse que a mulher precisa se impor, já que não larga o homem que se posiciona falando pra usar a camisinha na relação”.
(Hortênsia)

12.2.2 COMO AS MULHERES PERCEBEM A CONTAMINAÇÃO PELO HIV/AIDS COM RELAÇÃO AO HOMEM, A IDADE, A RENDA E O BAIRRO.

Na realização do grupo focal de mulheres que contraíram o HIV na relação heterossexual estável, ao se questionar se elas achavam que a contaminação ocorre de maneira diferente para mulheres em relação aos homens, a idade, renda ou bairro algumas responderam:

*”Só é diferente para os homens porque eles usam preservativo se quiserem, a gente não.... fica esperando se eles querem usar.... **meu companheiro mesmo não gostava de usar então agente não usava...** (...) mas já sabia da Aids, sabia que o preservativo me protegeria, mas a **ignorância de meu companheiro não me permitia nem pensar em usar a camisinha, sei que ele iria pensar outra coisa.** Ele dizia que se a gente usasse camisinha eu ia ter inflamação e eu tenho muita inflamação no útero(?)* (Margarida)

*“Acho que as mulheres ficam mais expostas, o homem usa a camisinha se quiser, **eu mesma tinha vergonha de pedir a ele para usar,** mas ... aí no que deu... e também confiava nele, nunca passou pela minha cabeça usar camisinha com ele, se eu só tinha ele, mas ele não só me tinha (risos nervosos) ele tinha outras, sabia que ele era descartado mas nunca imaginei ficar doente. Acho que qualquer um pode pegar essa doença, eu sabia da camisinha, mas nunca tentei pedir a ele para usar”* (fala pouco, objetiva) (Rosa)

Diante das falas, depreende-se que, essas mulheres entendem que a Aids pode acometer qualquer um, independente da renda, escolaridade ou bairro. O único elemento que para as participantes as torna vulneráveis à doença é a submissão ao companheiro.

*É diferente para o homem porque é ele quem passa para a gente acho que tem mais homem contaminado do que mulher, mas tem muita mulher também, mulher é uma coisa só (?), até nas novelas a mulher é enganada..... (risos) então.... **pra mim não tem essa de que porque tem dinheiro não pode pegar AIDS, conheço uma mesmo que tem condição e mesmo assim se contaminou e foi do marido viu?** (Orquídea)*

*Eu pra mim só pode ser mais homem do que mulher, mas as mulheres estão ficando muito com essa doença e pra mim é pegando de seus homens, (...) só é diferente porque a mulher se entrega logo pro homem, ele vem com aquela conversa a gente confia e pronto, é nosso homem não tem como não confiar, ele também não quer usar camisinha **e pra mim pode acontecer com toda mulher, pra mim não tem diferença não.....** (conformação, tranquila) (Hortensia)*

Além disso, em detrimento da subordinação, as participantes relatam que a contaminação ocorre mais com as mulheres, uma vez que, não lhes é atribuído o poder de decisão quanto ao tipo de relação sexual que será adotada, o que as torna mais expostas.

Nas falas dessas participantes, nota-se que, sugerir o uso do preservativo, pode trazer consequências imprevisíveis, uma vez que, isso pode significar uma desconfiança quanto a fidelidade de maneira mútua, levando a vulnerabilidade em relação ao homem.

*“Acontece mais com as mulheres, agente é boba (face de raiva nervoso), confia demais neles, eu mesmo confiei no meu , **sabia que a Aids existia mas não achava que eu pegaria, confiava nele, né?**” (Lótus).*

As mulheres heterossexuais desse grupo focal, casadas ou em união consensual, possuíam conhecimento a respeito da doença, mas suas percepções conjugais, expressadas pela cultura na qual estão inseridas, no que tange aos papéis de gênero e hierarquia na relação, explicam a restrição de comportamento preventivo. Isso as faz constatar que, a mulher se encontra em situação de vulnerabilidade à Aids maior do que o homem.

“Ele sempre me disse que não ia usar camisinha de jeito nenhum porque a mulher que ele usa dentro de casa é eu, sabe que eu não sou doente nem ele também é; que ele não

*anda com mulher de rua porque ele sabe que as da rua nenhuma são sadia, eu ficava feliz quando ele dizia isso, toda encabulada, mas caí no conto do vigário (risos), na moral, a mulher pega mais fácil, ele entrou já era(?) (risos) **eles ainda tem a opção de usar a camisinha, por que se coloca é nele mesmo....mas aí fico pensando por que ele não usou com a mulher da rua?***” (Lírio)

Ao desempenharem o papel de subordinação, as mulheres se sujeitam à vontade de seus companheiros, delegando ao homem a tarefa de proteção e cuidado. Tal situação se torna evidente quando se trata da negociação do preservativo, o que conforme os relatos é difícil, para não se dizer que, impossível.

Algumas também informam que, a falta de diálogo com o companheiro possa ter colaborado com a não proteção, o que para as mesmas, esse tenha sido um fator que possa ter contribuído para a contaminação, conduzindo assim, à exposição. Nota-se ainda que, as depoentes em nenhum momento, afirmam ter solicitado ao parceiro o uso do preservativo. É o que mostram as falas a seguir:

*“**Sabe, tem outra coisa, nunca conversamos. Não sei, nunca passou pela minha cabeça assim, sentar, conversar** (pausa) a preocupação dele mesmo é só com filho, pra não ter mais filho, porque a renda mensal é pouca. Mas de doença assim mesmo, ele não falava não... fico pensando se o motivo de eu estar assim não é porque eu não conversava com ele, é por isso que acontece com a mulher, a gente também nem tenta conversar”* (Margarida)

*“**É.. comigo e meu companheiro não tem muita conversa sobre isso não, nunca teve, nem depois que fiquei doente, ele sabia que eu tomava remédio pra evitar, então ficava por isso mesmo, nem eu também nunca pedi pra usar a camisinha porque eu já sabia que ele não gostava, a gente tem que satisfazer o homem né? Acho que isso também ajuda a mulher pegar mais a doença.**”* (Jasmim)

*“**A gente conversava sobre sexo e tal, mas nem ele falava de camisinha e nem eu, desde o início que tivemos relação sem camisinha, acho que foi amor a primeira vista, eu era tão apaixonada por ele..... cega** (pausa), nossa conversa era só que eu não podia*

engravadar, então tomava injeção pra evitar, nunca conversamos sobre doença, usar camisinha....essas coisas” (Lótus)

12.2.3 AS AÇÕES DE SAÚDE QUE PODERIAM REDUZIR O RISCO DE INFECÇÃO DAS MULHERES PELO HIV

Quando questionadas quanto às ações de saúde que reduziriam a infecção na população feminina, a maioria das mulheres que contraíram HIV, em relações heterossexuais estáveis relata que, os profissionais de saúde deveriam realizar ações educativas voltadas para o público masculino, como uma alternativa para a ênfase na utilização do preservativo, principalmente com suas companheiras, isso para elas, seria uma alternativa para melhor proteger o público feminino da contaminação.

“Acho que o pessoal da saúde poderia conversar com os homens, explicar da camisinha, falar tudo sobre ela para eles e dizer que usar camisinha com suas mulheres protege também, os homens deviam aprender a só fazer sexo com camisinha (risos) (clareza ao falar)”(Rosa).

“Eu acredito que os profissionais de saúde tentando explicar e convencer a nós usarmos camisinha com nossos parceiros e não só com a gente mas também com eles, dizer que se eles forem fazer besteira (risos nervosos) se forem fazer sexo com outras mulheres que devem usar a camisinha para não contaminar a sua mulher, a gente né?” (Margarida).

“O governo fazer com que os profissionais da saúde conversem mais com os homens, eles só conversam com a gente tudo é mais voltado para mulher, mas quem contamina a gente é eles, não adianta a gente dizer a eles que tem que usar camisinha, eles acham outra coisa” (nervoso, balança a cabeça enquanto fala) (Lótus).

“Quando vi aqui outras na minha mesma situação tomei um susto (espanto) pensei que acontecia com poucas, o culpado são eles (expressão de tristeza), os homens, eles é que precisam de orientação para que assim não tragam a doença para suas mulheres” (pensamento longe) (Hortensia)

Outro ponto relevante, destacado pelas mulheres desse grupo focal, é a questão de como orientá-las a conversar com seus companheiros a respeito do uso do preservativo, de que maneira elas poderiam convencê-los a usar o preservativo nas relações, de que maneira elas poderiam cobrar de seus companheiros o uso da camisinha. Elas acreditam que, deveriam existir ações voltadas para esse sentido, ações assim, ajudariam as mulheres a estarem mais protegidas.

*“Eu acho que a mulher é quem deve tomar a iniciativa para isso (?). Você sabe que o homem é mais o macho, então ele não tá nem aí. Nós tinha era que ficar cobrando deles mesmo. Se não tiver cobrando, ele nem liga, **o povo da saúde deveria era ensinar nós a agir assim, a gente tinha era que aprender a conversar com eles a colocar a camisinha e só dá se fosse com ela**” (risos) (Orquídea)*

*“Também acho que, eu gostaria que o pessoal da saúde me explicasse alguma coisa, porque a gente está desinformada. **Tinha que ter uma pessoa só pra explicar tudo pra gente, pra orientar, dizer como usar a camisinha, como conversar com o homem da gente, eles sabem mais essas coisas**” (Lótus).*

*(...) a mulher morre e o homem fica aí pras outras, não.... o governo tem é que ajudar as mulheres donas de casa a se prevenir, **ensinando como falar pra ele pra usar esse troço dessa camisinha, ensinar pra gente, e conversando com os homens também que se a mulher de casa pedir pra usar a camisinha não é porque ela tá traindo ele, é porque ela sabe que ele pula a cerca.** (Margarida)*

Os depoimentos mostram que, é importante que os profissionais de saúde conversem com os homens, os oriente a respeitar suas esposas quanto a questão da utilização do preservativo com as mesmas e nas relações extraconjugais, que se previnam, evitando com isso a contaminação de suas parceiras fixas.

*“Confiava no meu parceiro, nunca imaginei disso acontecer (pausa) a única maneira seria falar com os homens, **convencer eles de que usar camisinha com suas mulheres é respeito também, mas eles precisam ouvir de pessoas da saúde para que eles acreditem**”(angustia no expressar) (Orquídea)*

“O homem acha que com sua mulher ele não deve usar camisinha e se eu peço, fica parecendo que tou com outro (convicção) o governo devia botar na cabeça desses homens que a camisinha deve ser usada em qualquer momento ou situação, acho que só assim os homens acreditariam.” (Jasmim)

Outras acreditam que, as ações de saúde deveriam ser voltadas para o casal, afim de que os dois fossem sensibilizados quanto a questão do uso do preservativo, ponto esse considerado primordial para algumas participantes, como se observa nos relatos:

“A gente vai no posto de saúde, dificilmente vê alguém falando de Aids. Eu acho que alguém da saúde, assim, as enfermeiras, a doutora, devia marcar reunião com nós e com os homens também assim, ta entendendo? “Olha, hoje vai ter uma reunião em tal lugar com a Dra. Fulana, pra gente falar sobre esse casais que devem usar camisinha”(risos) (Jasmim)

(risos) (nervosismo, face de desilusão)”nem sei se daria certo, mas a alternativa seria orientar os dois, sei que nós somos mais orientadas do que eles mas acho que deveria ser com o casal, ficaria logo claro, talvez assim desse certo.” (Lírio)

Já algumas acreditam que, por serem donas de casa e estarem mais presentes no lar, as ações educativas poderiam ser veiculadas por intermédio da mídia televisiva, por meio de propagandas, com chamadas e orientações para as mulheres quanto a Aids e sua proteção.

“Olha, nós, mulher, precisamos muito mais de ter cuidado, porque nós, somos dona de casa, não temo tempo de sair pra farriar e cair na gandaia. O homem não, o homem tem tempo pra tudo, pro seu trabalho, tomar uma cervejinha, arranjar um rabo de saia por aí e sair. Então a gente não sabe o que ele tá fazendo lá fora e nós que tá dentro de casa, nós temos que ficar mais atenta sobre isso, né? Então nas horas que tá passando propaganda na televisão, e nos tamos assistindo, deveria passar alguma coisa pra gente sobre isso né? O governo deveria mostrar mais na televisão que a camisinha deve se usar a todo momento, em casa, na rua, pra que homem e mulher possa ver e dessa forma menos mulher se contamina.” (Lírio)

12.3 AS RESPOSTAS DO GRUPO FOCAL DE RELAÇÃO NÃO ESTÁVEL ÀS PRGUNTAS DA PESQUISA

12.3.1. COMO FORAM CONTAMINADAS

Dessa maneira, as mulheres do grupo focal que adquiriram o HIV/Aids em relações heterossexuais não estáveis, relataram o seguinte quanto a ocorrência da contaminação:

“Tive muito medo no início de contar para as pessoas, eu me escondia muito, a Aids não é como uma gripe, como um câncer, ela tem uma marca, parece que quem tem Aids não presta, é essa a ideia que sinto, e eu me infectei porque fiz sexo sem proteção, não culpo ninguém, fazer sexo não é nenhum pecado, o pecado foi fazer sem proteção”.(Girassol)

“O povo sempre achou que Aids era coisa de gay, homossexual, mas isso não vale mais, eu costumo dizer que informação não falta, as pessoas tem é preguiça de procurar as informações, eu sempre digo, eu tenho Aids, não sou doente, sou saudável, pequei porque me descuidei, sou culpada, sim e não culpo ninguém, transei sem camisinha e sou responsável por isso.” (Cravo)

“A maioria é com algum cara que conhece e nem sabe muito dele, confia e tem relação sem usar nada sabe...no meu caso mesmo conheci o cara na praia, a gente ficou no clima e rolou....na verdade eu descobri que estava infectada por um acaso, não tinha ninguém fixo, não sei quem foi e nem quero saber, sei que foi em alguma relação dessas” (naturalidade). (Alfazema)

“Quando a médica veio me dar o resultado ela me perguntou tá preparada pro resultado positivo? Eu falei, estou, eu sabia da vida que levava, eu tinha que encarar e não sair por aí culpando a,b,c ou d. Nunca me droguei ou ingeri bebida alcoólica, sei que contrái a Aids pela relação sexual sem proteção, tenho consciência disso. Tô viva, quero é ser feliz” (Alecrim)

Com base nessas respostas é evidente que, as participantes associam a infecção pelo HIV com a não utilização do preservativo, acreditando que essa condição advenha de um comum acordo com o homem. Elas atribuem a falta da utilização do preservativo, a

um descuido, não emitem culpados, pelo contrário, acreditam serem também responsáveis pela infecção. Essa condição pode levar a crer que, a mulher pode estar atribuindo a si a responsabilidade pela contaminação e pelo não uso do preservativo.

Alguns depoimentos mostram que, a participante tem consciência de que contraiu a Aids por conta de uma relação sem proteção, uma vez que, elas mesmas não exigem o uso do preservativo do parceiro, isso demonstra que, mesmo sem compreender, a mulher acaba assumindo a culpa pela contaminação. Em algumas situações, a fim de não tornar essa culpa evidente, chegam em um dos relatos, a atribuir ao estereótipo do homem, o motivo pelo qual não solicitou o uso do preservativo.

“Eu achava que por ter Aids eu estava a partir daí decretada a viver sozinha, então aprendi que o HIV não tinha posto um fim na minha vida, mas tinha dado um novo recomeço, a vida teve um resignificado após a Aids e consigo hoje conviver com isso, mesmo sabendo que contrai em uma relação sem camisinha.” (Alecrim)

“Depois que eu ouvi falar em Aids passei até a usar camisinha. Podia ser ... aí que eu desconfiava de um cara ou outro mas quando era um carinho num carrão, (risos nervosos) nem desconfiava e tinha relação sem camisinha mesmo......a vida não pode parar depois disso, pelo contrário você tem que lutar cada vez mais e mostrar para você mesmo que está vivo.” (Gardenia)

Outro ponto relevante é a questão do desconhecimento quanto a técnica de uso do preservativo, algumas colocam que, tanto o parceiro quanto elas mesmas, em algum momento tiveram dificuldade em fazer uso do preservativo, o que segundo as participantes se transformou em um dificultador, que as levou a desistir do uso da camisinha:

“Fiquei com uma pessoa aí na primeira vez que tentamos colocar a camisinha, acho que ele ficou meio nervoso, então a gente tentou uma vez, não deu, tentamos duas, não deu aí a terceira também não deu. Aí na quarta fui perdendo a paciência (risos) joguei a camisinha pro lado e disse: “vai ser sem ela mesmo”.....(Alecrim)

“A maioria pega porque não se cuida na hora de ter relação aí fica com alguém.... se envolve, ele tenta usar a camisinha às vezes, mas aí não consegue né... a gente fica naquela agonia e acaba acontecendo....” (Acácia)

A confiança aparece aqui, nas relações não estáveis, também, como um elemento que motiva a mulher a desistir do preservativo, no entanto, dentro desse contexto do grupo não estável, a confiança aparece como um elemento justificado pela mulher, para não ter exigido o preservativo do parceiro, o que mais uma vez, demonstra a culpa assumida pela própria mulher.

“Ah... sei lá..(descaso) é porque pinta o clima com a pessoa e a gente se envolve mesmo, nem lembra de camisinha, a gente confia, eles também acabam confiando na gente também, é isso.” (Girassol)

“Sempre é por a gente confiar neles em alguma coisa (angústia), o cara que eu saía ele dava uns picos, coisa e tal, ficava doidão de vez em quando, mas eu não imaginava dele ter essa doença, um dia ele me disse: “se morre por tantas coisas, porque não morrer por amor!” achei lindo aquilo dele e aí fizemos sem camisinha dessa vez.” (Cravo)

“Caras casados também têm HIV sabia? (pausa) Me envolvi com um cara casado que me passou a doença, é assim, mesmo não tendo compromisso às vezes a gente esquece, confia....” (Anis)

12.3.2. COMO AS MULHERES PERCEBEM A CONTAMINAÇÃO PELO HIV/AIDS COM RELAÇÃO AO HOMEM, A IDADE, A RENDA E O BAIRRO.

A maioria das mulheres do grupo focal de relação heterossexual não estável, quanto a percepção ao contrair o HIV/Aids com relação ao homem, a idade, a renda e o bairro, relataram que tanto o homem como a mulher estão se contaminando em proporções semelhantes, pois ambos estão expostos aos mesmos fatores que corroboram para a contaminação.

Além disso, de acordo com os relatos, para as participantes, a Aids pode acometer qualquer um, independente das características individuais que os cercam; depende de acordo com os relatos, do momento e do envolvimento, percebe-se diante das falas, que as mulheres desse grupo apresentam uma subordinação naturalizada, que pode em alguns momentos, passar despercebida. Essas participantes demonstram em seus relatos, uma aceitação da culpa pela contaminação.

“Acho que não, da mesma forma que eles se envolvem, acontece com a gente também, acho que qualquer mulher pode pegar, e só acontecer, rolar... estar desprotegida, como disse antes, não há culpados, somos responsáveis pelo que fazemos, pegar Aids se relaciona com proteção, e para se proteger é preciso ter atitude” (frieza) (Girassol)

“Sempre achei que ser homem era bem mais fácil, que eles podiam fazer o que queriam, mas a gente também pode, é uma questão de escolha, não se pode dizer que fulano ou cicrano não queria usar a camisinha e por isso me contaminei, eu não usei, ninguém me forçou nada, o homem seduz, conversa, enrola, mas não obriga, transei por que quis.” (Acácia)

“Homem e mulher pra mim estão pau a pau, não tem essa de que ele está passando mais do que ela, você precisa sair na noite e ver a quantidade de mulher que tem por aí só querendo transar, não quer compromisso e nessa acontece, poxa, hoje eu tomo seis comprimidos por dia, tive muita reação a esses medicamentos, olha o preço que estou pagando hoje por ter tido, sei lá, uma, duas, três transas sem camisinha, em uma delas com certeza eu peguei a Aids, não adianta dizer que é só o homem, é muito fácil agora, falar isso, temos a nossa culpa.” (Alecrim)

Algumas participantes por outro lado, entendem que, com o homem ocorre de maneira diferente pela posição que o mesmo ocupa na sociedade enquanto “macho”, “viril”, e isso o permite ter várias relações, o que culmina na contaminação.

Não se percebe em nenhum momento, mais uma vez, nos depoimentos, a solicitação da depoente ao parceiro quanto ao uso do preservativo, e nem mesmo a consciência de que, um parceiro casado deveria ter uma responsabilidade maior no tocante à proteção.

“Olha, (risos) o homem é diferente por natureza, ele é o machão, quer mandar, acha que pode pegar todo mundo, mas a grande maioria deles tem uma mulher esperando por ele em casa, o problema está aí, a maioria dos caras com quem me relacionei eram casados, quando fiz o teste não sabia há quanto tempo estava contaminada, assim, entende? Então tanto peguei possivelmente de algum homem casado como também posso ter passado para algum.”(Anis)

“Com eles é diferente porque eles é que vem com aquela conversa e enrola a gente, não querem às vezes colocar a camisinha e a gente aceita né?! mas no fundo a gente também não quer usar, tudo é o momento, cada um é responsável pelo o faz, concordo quando se diz que não tem culpado, a gente permitiu também, eu nem sei lhe dizer com quem peguei a Aids, e nem quero saber (pensativa)(...)” (Alfazema)

“Pra eles é diferente, a gente só pega porque confia, acha que porque o cara é legal que ele não tem a doença e....assim como foi comigo, várias garotas também pegam dessa forma, ele não colocou a camisinha, mas eu também não pedi, falo ele, mas nem sei com quem foi, sei que fiquei com alguns caras e tive relação sem camisinha.” (naturalidade) (Cravo)

“Eu acho que é.... acho que eles estão mais contaminados do que nós eu não tinha a doença, só peguei porque fiquei com alguém.... usava camisinha às vezes e nem todos queriam, ia sem mesmo , mas ninguém me forçou a não usar, levo uma vida normal hoje, apenas uso meus remédios e uso camisinha é claro” (Alecrim)

Ainda assim, existe aquela que atribui a culpabilidade da infecção, em algum momento, ao homem pelo não uso do preservativo, imputa à concepção masculina de que usar

“camisinha é o mesmo que chupar bala com papel” ao não uso do preservativo na relação.

Essa foi a única depoente que discorreu sobre essa concepção masculina, tão frequente, mas que merece ser abordada pois, é utilizada pelos homens na tentativa de estabelecer seu poder diante da mulher, convencendo-a de que, o preservativo não contribui para o prazer da relação.

*“Esses caras são terríveis (euforia) querem apenas nos usar, **dizem que usar camisinha é chupar bala com papel, dizem que esqueceram de colocar e a gente entra na onda e não usa....** qualquer uma pode pegar não tem essa de sou melhor e tal... (fala alto) confiou no cara e acabou!” (Anis)*

12.3.3 AS AÇÕES DE SAÚDE QUE PODERIAM REDUZIR O RISCO DE INFECÇÃO DAS MULHERES PELO HIV

As mulheres contaminadas em relações heterossexuais não estáveis opinaram da seguinte maneira quanto as ações de saúde que poderiam reduzir a infecção:

*“Eu acho que deve colocar na cabeça tanto do homem como da mulher que sexo só com camisinha... (fala alto) porque quem vê cara não vê Aids não é? Às vezes você conhece alguém em um lugar, rola um clima e acontece sem camisinha mesmo e você nem pensa no depois, só ali... naquela hora, **então tem que conversar, mostrar, ter distribuição em outros lugares que não só o posto eu acho que isso ajudaria muito.**” (Acácia)*

“Sinceramente (pausa) não sei... aqui mesmo é um lugar que me ajuda, tem que ter mais conversa com todos, todos devem se prevenir, ah deveria ter também distribuição de camisinha em outros lugares, praia, até no shopping deveria ter (...) (Alfazema)

“Também acho que outros locais deveriam ter camisinha, isso diminuiria mais, (...) então tem que dizer, conversar, mostrar como usar a camisinha, entende?” (Anis)

Diante dos relatos, pode-se perceber que as participantes acreditam que, um diálogo educativo maior entre profissionais de saúde com homens e mulheres ajudaria no

combate e controle da infecção, ainda assim, as mulheres colocam que, a afirmação feita pelos profissionais de saúde quanto a necessidade do uso da camisinha em toda e qualquer relação sexual, durante esses diálogos educativos, surtiria efeito quanto a proteção contra a infecção.

Outra condição apresentada pelas participantes é quanto a distribuição dos preservativos em outras localidades que não fossem apenas os postos de saúde, de acordo com essas, a distribuição em outros pontos auxiliaria também, na proteção e controle da infecção.

Um fator encontrado nos depoimentos está relacionado à distribuição dos preservativos, que de acordo com algumas participantes são fornecidos em pouca quantidade nos postos ou o são feito de modo desigual em comparação aos homens:

“Às vezes chego no posto e pouca camisinha é dada... acho que mais preservativos deveriam ser distribuídos, não é só chamar a gente mulher para conversar, chamar eles também, os homens, são eles que passam mais a doença pra gente não é? Então.. tem que conversar nas escolas, com as pessoas nos bairros.. se eu pudesse voltar atrás” (tristeza). (Gardênia).

“Eu acho que mais distribuição de preservativos ajudaria, mas não só para os homens, para nós também, vejo os postos darem mais para os homens do que para as mulheres, o que adianta dar a eles se eles não usam, não sabem usar?” (Cravo).

Algumas participantes também, acreditam que a televisão tem um papel fundamental quanto a orientação e conscientização quanto a Aids, a ação televisiva, não deveria ocorrer apenas em momentos festivos, deveria se dar de maneira contínua, a fim de melhor alcançar o público. É o que se observa nos relatos:

“ (...) a televisão deveria falar, outro dia vi uma reportagem no Fantástico falando só da Aids, vi pessoas que tem a doença como eu falando de muita coisa que aconteceu comigo, mas não é dessa forma, devia ter propaganda, só vejo propaganda no carnaval, depois pára, tinha que continuar pra alertar o povo.” (Alecrim)

“É...(concordando) a televisão, também acho importante, propagandas, também acho que não só no carnaval, mas todo o momento, todo mundo vê novela, na hora da novela é que deveria passar as propagandas sobre a Aids e a camisinha.”(Anís)

12.3.4 SEMELHANÇAS E DIFERENÇAS ENTRE AS RESPOSTAS DAS PARTICIPANTES DOS DOIS GRUPOS

Quanto às semelhanças das respostas fornecidas pelos dois grupos, pôde-se perceber que, ambos atribuíam à confiança em seus parceiros, fossem estáveis ou não, um dos principais motivos pela contaminação.

Nos dois grupos, a vulnerabilidade relacionada ao não uso do preservativo, de acordo com os relatos, conduziu essas mulheres à infecção, seja por conta do baixo poder de negociação, seja também pelo descuido ao não utilizar o preservativo na relação sexual.

Dessa forma, a submissão das mulheres aos homens, no que se refere à sexualidade e a sua responsabilização pelas questões reprodutivas, foi um ponto *mister* e igualitário entre os dois grupos.

Outro ponto relevante, no que diz respeito à concordância entre os grupos, foi a opinião das mulheres a cerca da contaminação pelo HIV com relação ao homem, a idade, a renda e o bairro. Os grupos combinam ao relatarem que, não existe discriminação para contrair a doença, qualquer um está sujeito à mesma.

Há uma harmonia entre os dois grupos, ao se referirem ao preservativo como sendo exclusivamente masculino, o que torna a mulher dependente do homem para sua utilização.

Para os grupos, outra questão que vulnerabiliza as mulheres à infecção é a questão cultural relacionada à hierarquia na relação, refletida na submissão, o que mais uma vez, conduz ao não uso do preservativo.

Tanto as mulheres do grupo estável, quanto as do grupo não estável, acreditam como sendo uma alternativa para proteger as mulheres da infecção, no diálogo educativo,

realizado pelos profissionais de saúde, tanto aos homens quanto às mulheres, sobre a importância e necessidade da utilização do preservativo nas relações sexuais.

Outro elemento que, também, chama atenção quanto à semelhança entre os dois grupos é a opinião de ambos com relação a função da televisão. Para ambos, as propagandas poderiam realizar chamadas constantes, alertando, sobretudo, quanto ao uso necessário do preservativo nas relações sexuais.

Já quanto aos pontos discordantes entre os grupos, se tem como o principal, com quem a contaminação ocorreu, onde no grupo estável ocorreu com noivo, namorado, marido e no grupo não estável todas as participantes não sabiam dizer com quem haviam se contaminado.

Ainda assim, a vulnerabilidade das mulheres do grupo não estável se relaciona, além da questão do gênero, ao comportamento de risco, fundamentada pela multiplicidade de parceiros.

Já as mulheres do grupo estável, têm a vulnerabilidade focada nas relações de gênero e de poder, voltadas para uma cultura machista, condicionada à vontade de seus parceiros, embora que, mesmo estando inseridas em uma mesma cultura, as participantes dos dois grupos discordam quanto a responsabilização pela contaminação.

As do grupo estável responsabilizam o homem pela contaminação, enquanto que, as do grupo não estável, em seus depoimentos deixam claro que, a mulher é a responsável pela aquisição da doença, quando “comunga” com o homem pelo não uso do preservativo na relação. Na verdade, elas nem se quer solicitaram seu uso.

Além disso, depoentes do grupo estável chegam a relatar que, não queriam que seus parceiros fizessem uso do preservativo, pois atribuem à fidelidade e aos sentimentos de reciprocidade, o motivo pelo não uso necessário do preservativo na relação.

No grupo não estável, a questão da fidelidade não justifica o não uso do preservativo, esse é justificado por um descuido, para elas o homem tem uma “culpa compartilhada”, na verdade, é como se o desejo masculino, de ter relação sem preservativo fosse uma ordem para ser respeitada por essas mulheres.

Outra diferença importante, evidenciada nos depoimentos do grupo não estável, e que contribui com a contaminação, é a dificuldade do homem em utilizar o preservativo, em alguns depoimentos constatou-se que, por tentar diversas vezes e não obter êxito, a mulher acaba desistindo do uso, e tendo relação sem o preservativo.

Existe também nos depoimentos, uma diferença pautada nas respostas dos grupos quanto ao que ainda poderia ser feito para proteger as mulheres da contaminação, o grupo estável acredita que, a conversa de profissionais de saúde com homens e mulheres, quanto a necessidade do uso do preservativo em suas relações, assim como, as chamadas educativas realizadas pela televisão, sejam suficientes para melhor proteger as mulheres da infecção.

O grupo não estável, além de acreditar nessa condição, mostra em alguns depoimentos que é preciso haver mais distribuição de preservativos em outros pontos da cidade, que não fosse apenas, nos postos de saúde, e que, essa distribuição fosse realizada de maneira igualitária para homens e mulheres, e de maneira contínua, não apenas durante as festividades.

13. DISCUSSÃO

13.1. DISCUSSÃO EXTERNA

A presente pesquisa buscou, por intermédio de uma reflexão a cerca da feminização do HIV/Aids no município de Salvador – Bahia, elucidar se o gênero é fator determinante para a vulnerabilidade das mulheres à doença.

Sendo assim, saber se a aquisição do vírus e da doença ocorreu por intermédio de uma relação estável ou não, foi fator preponderante para perceber o perfil e as questões socioculturais relacionadas a essas mulheres, que estão contribuindo para o processo de feminização da doença.

Portanto, a pesquisa mostra que, independente do tipo de relação, estável ou não, a confiança que as mulheres atribuem a seus parceiros, no momento da relação sexual, é o fator que mais as vulnerabiliza diante da aquisição do vírus. Todavia, o teor da confiança nos dois grupos, se apresenta de maneira diferente.

Para Giacomozzi (2004), estar em uma relação heterossexual, mantendo uma conjugalidade, tem permitido uma diminuição na percepção de risco e, conseqüentemente, tem aumentado a situação de vulnerabilidade aumentando os números da infecção pelo HIV.

De toda maneira, estudos realizados por Carvalho, Martins e Galvão (2008), mostram que, o convívio com o parceiro possibilita que a mulher acredite que está invulnerável à infecção, pois a mesma crê, na fidelidade dele. Essas mulheres, ainda conforme o mesmo estudo tem um sentimento de segurança e confiança em relação ao companheiro.

Para Finkler, Oliveira e Gomes (2008), a confiança é confundida com monogamia, e nem sempre as relações estáveis são monogâmicas, havendo nelas, riscos de infecção por HIV. Dessa forma, ainda para os autores, a confiança no parceiro influencia o exercício de práticas de sexo não seguro, uma vez que, a vida sexual extraconjugal do homem, não é conhecida.

Ainda assim, Silveira (2002) discorre que, as mulheres deixam de se proteger por que não se percebem sob risco de infecção, porque delegam ao companheiro a tarefa de tomar a decisão no que se refere ao uso do preservativo nas relações sexuais, e, por que até pouco tempo, negociar sexo era tarefa *exclusiva de prostitutas*.

Nos relatos das participantes do grupo estável, essa condição relacionada a não percepção do risco, evidenciada pela delegação da mulher ao homem, pela escolha do comportamento sexual adotado na relação, está evidente, o que naturaliza a submissão do comportamento sexual feminino.

A pesquisa então, concorda com os estudos de Gomes (2004), onde é retrado que, as mulheres não estão se percebendo vulneráveis à AIDS, principalmente quando se pensam ligadas ao papel social de esposas e mães.

Segundo o estudo de Silva, (2009), as mulheres que são vulneráveis, por confiar em seus parceiros, identificaram a confiança como sendo um fator de vulnerabilidade, principalmente para as mulheres casadas. Esse ponto subscreve com a presente pesquisa, onde as mulheres do grupo estável também referem, em seus relatos, que a

confiança é o fator preponderante, que as possibilita ter relação com seus parceiros sem o preservativo.

Todavia, discutindo-se diante dos trabalhos desenvolvidos por Pirotta (2010), onde se demonstra que, a adesão a medidas preventivas é mais frequente, entre mulheres nas ocasiões sexuais de relações eventuais, a atual pesquisa mostrou que, mesmo em se tratando de relacionamentos não estáveis, a mulher por confiar ou se “descuidar”, fica exposta à Aids.

No entanto, por ser mais frequente, não significa que, a adesão às medidas preventivas se situe fora das relações consideradas estáveis, isso é claro, quando se observa no discurso da depoente do grupo não estável que, mesmo não conhecendo o parceiro, mas o fato de ser “belo” e andar em um “carrão” são pontos que a fizeram enxergar esse parceiro como desassociado da condição soropositiva. Essa situação mostra que, o poder masculino, independe do tipo de relação que seja estabelecida, mesmo havendo competitividade, entre as mulheres de uma condição estável e as de não estável, o poderio masculino é estabelecido em qualquer uma das relações.

Sendo assim, mesmo nessas situações, a responsabilidade do homem à infecção e ao não uso do preservativo em uma relação eventual, não é constatada como resultado de nenhum estudo. O que na atual pesquisa, foi possível abstrair que, as mulheres do grupo não estável, assumem total responsabilidade pela contaminação, ao deixar evidente que, se tratou de um descuido, de uma “culpa compartilhada”, mas não, de uma subordinação naturalizada.

Em um estudo realizado por Neves (2010), observa-se, ainda, que a dificuldade de negociação do uso do preservativo, associada a não percepção de risco e, às questões de gênero, foram os fatores que contribuíram para o aumento da vulnerabilidade ao HIV, nas mulheres entrevistadas.

Nascimento et al (2005) mostra que, dentre as muitas questões que envolvem gênero se encontra a negociação sexual. Hoje, esta prática está associada à proteção e preservação da saúde, antes, porém, a ideia de negociação sexual não tinha um reconhecimento

positivo entre o público, já que, quem negociava sexo eram prostitutas, michês, cafetões e cafetinas.

A negociação do sexo mais seguro para Campos (1998) é um dos críticos problemas para as mulheres, pois mesmo sabendo das práticas sexuais extraconjugais de seus parceiros, percebem-se sob risco, mas têm dificuldade em apontar uma alternativa de prevenção.

Na atual pesquisa, as mulheres do grupo estável apresentaram em seus relatos, uma dificuldade maior quanto a negociação do preservativo, evidenciada pela questão do poderio masculino, já as mulheres do grupo não estável declararam não terem feito o uso do preservativo na relação, porque se descuidaram, não atribuindo ao homem, a culpabilidade isolada da relação desprotegida. Além disso, em ambos os grupos, não foi dado pelas mulheres aos seus parceiros uma alternativa quanto a questão da prevenção, indicando mais uma vez, o domínio masculino diante do comportamento sexual do casal.

Galvão (2000) refere que, o desequilíbrio de poder nas relações de gênero desfavorece a negociação de sexo seguro pelas mulheres, pois mesmo sabendo das práticas extraconjugais de seus companheiros, o que permitiria a percepção do estado de risco, as mulheres têm uma dificuldade em apontar uma alternativa de prevenção.

Dessa forma, para a mesma autora a cima citada, a camisinha pode ter esse sentido tanto para os homens quanto para as mulheres, significando um fator explicativo no paradoxo soteropolitano de mulheres contaminadas acima de 51 anos, em maior quantidade do que as jovens, em idade reprodutiva como aparece no perfil mundial, porque, talvez, as jovens não compartilhem desse sentido antigo.

Ainda conforme o estudo de Neves (2010), a boa aparência do parceiro leva à despreocupação com a Aids, o que impulsionou as mulheres estudadas por ele a não usarem a camisinha.

Em concordância, na atual pesquisa, uma participante do grupo não estável, afirma que a aparência do parceiro, acompanhada do uso de um bom automóvel, são elementos que

a levaram a não fazer uso do preservativo, por acreditar, mediante esse estereótipo, que o mesmo não seria portador da doença.

Até mesmo discursos com esse, de que a boa aparência do parceiro, contribui para o não uso do preservativo na relação, não pode ser relatado como uma condição *Sine qua non* para o não uso do preservativo, pois, subtede-se que a responsabilidade pela contaminação tenha sido exclusivamente da mulher. Todavia, nenhuma pesquisa parece relatar essa subordinação naturalizada pela mulher.

Outra questão importante e não constatada nos relatos é quanto ao uso do preservativo feminino, nenhuma das depoentes se quer citou ou pensou na possibilidade do uso do preservativo feminino, o que evidenciaria seu poder de escolha diante da relação sexual, mais uma vez essa situação leva a crer que a mulher naturaliza a dominação masculina, a tal ponto de não trazer como alternativa de prevenção o uso do preservativo feminino, o que suscitaria sua não subordinação, uma autonomia frente a relação sexual.

A questão supracitada é muito bem elucidada pelo Ministério da Saúde (2011), quando retrata que, a utilização do preservativo feminino, a princípio de controle exclusivo da mulher, tem suas controvérsias no tocante ao alto custo, e quanto ao manuseio que exige o acompanhamento de um profissional de saúde, esses fatores dificultam a autonomia da mulher quanto à realização do ato sexual seguro, mediante uso do preservativo.

Silva, (2009), nas entrevistas com homens em seu estudo, mostra que a recusa do homem em usar o preservativo, é a chave do problema quanto a feminização do HIV/Aids, sendo que, a razão para não fazerem o uso do preservativo, estaria em sentirem melhor o orgasmo de suas parceiras ou o seu próprio.

Nessa pesquisa, a questão das relações de gênero e suas implicações nos contatos afetivos e sexuais entre mulheres e homens mostra que, a adoção de medidas preventivas, como o uso do preservativo, exige a superação de barreiras sociais e culturais.

Em concordância com que está enunciado acima, um estudo feito por Paiva, (2011), mostrou que, mulheres pobres com parceiros estáveis, mesmo sendo informadas quanto

ao risco para o HIV, não detêm poder para decidir o comportamento sexual adotado na relação.

Esse ponto também é avaliado por Berer 2011, onde em seu estudo, mulheres pobres com parceiros estáveis, mesmo sendo informadas quanto aos riscos da infecção pelo HIV, não decidem o comportamento sexual adotado na relação e nem o uso do preservativo.

Diante do exposto, há de se elucidar que, de tanto conviver em uma sociedade com característica patriarcal, a própria mulher acaba por ter uma visão naturalmente machista da situação; ou seja, além de ser naturalmente subordinada na sociedade, ela é um agente que incorporou uma determinada estrutura social existente.

Tal condição é muito bem explicada e relatada por Bourdieu, em sua obra *A Dominação Masculina* (2005), onde o autor mostra que a relação de força material e simbólica entre os sexos é refletida nas diversas instituições como a família, a igreja, a escola e o Estado, que acabam por refletir a dominação masculina como ideologia dominante.

Então, quando no presente estudo a depoente do grupo não estável afirma que houve um descuido, ou que há uma “culpa compartilhada”, ela deixa evidente em seu discurso que, a mulher é naturalmente subordinada na sociedade e, mesmo no momento da relação sexual, o homem faz com que a parceira sinta que depende dele, nessa situação, de modo afetivo.

A mulher do grupo não estável acaba então atribuindo a culpa da contaminação e da relação sem proteção, a ela mesma, isso se evidencia quando a própria mulher não solicita do parceiro o uso do preservativo, mesmo sabendo que há o risco. É de todo modo, uma questão de poder, materializada no poder absoluto do homem sobre a mulher.

Ainda assim, ao ser questionadas quanto ao que poderia ser feito a fim de minimizar a infecção das mulheres, a maioria das participantes, concorda que, um diálogo educativo e esclarecedor quanto a Aids e o preservativo, maior entre profissionais de saúde com os homens e as mulheres, poderia ser uma alternativa quanto a mudança do

comportamento sexual, o que para elas, ajudaria a expor menos as mulheres ao risco em adquirir o HIV.

Estudos feitos por Motta (2008) revelam que, as mulheres entrevistadas acreditam em trabalhos educativos, extensivos não apenas para as mulheres, mas para os homens também, esses ajudariam na mudança do quadro de feminização da doença. Tal ponto se põe de acordo com a pesquisa realizada.

Cabe aqui, acrescentar que para o Ministério da Saúde, 2011, a condição biológica da mulher, aliada a situações constantemente vivenciadas pelas mesmas, como a relação sexual sem consentimento, relações sexuais desprotegidas por falta do poder em negociar a utilização do preservativo com seus parceiros e os comportamentos de risco adotados por eles, contribuem para o aumento da vulnerabilidade da população feminina ao HIV/AIDS.

Dessa forma, deveriam existir pesquisas sobre os fatores que constituem obstáculos para o uso do preservativo pelos homens, no entanto, há uma escassez quanto a publicação de artigos nesse sentido, havendo apenas uma pesquisa, a de Silva, (2009), que mostra nas entrevistas com homens, que a recusa do homem em usar o preservativo, é a chave do problema quanto a feminização do HIV/Aids.

O papel dos homens no uso do preservativo deveria fazer parte da problematização das relações de gênero, todavia, em todos os estudos esse papel não é considerado quanto as dimensões da recusa do homem, tanto como um parceiro estável quanto como um parceiro não estável. Esse papel, não faz parte da abordagem das relações de gênero, ou seja, o não uso do preservativo pelo homem em relações sejam estáveis ou não, chega a ser considerado natural, incontornável, nas sociedades ultra machistas como a brasileira e, sobretudo a baiana.

Além disso, diante dos relatos é evidente que, a dificuldade em se estabelecer métodos preventivos nos relacionamentos está proximamente relacionada com a característica cultural que condiciona os comportamentos, tanto masculinos quanto femininos.

Com relação ao que foi abordado a cima, Gogna (1997) esclarece que, a escassa disponibilidade e capacidade para o sexo seguro remetem a uma complexa trama

composta de normas, valores, estereótipos, relações de poder, sentimentos e significados. Assim, parece evidente que os mandatos culturais que definem a sexualidade masculina como indomável (o homem não deve desprezar oportunidades de contato sexual) e/ou postulam que correr riscos é um elemento essencial da masculinidade, conspiram seriamente contra a capacidade dos homens de se proteger e proteger seus parceiros sexuais.

Ainda assim, Gogna (1997) continua, afirmando que, mesmo quando a infecção pelo HIV está associada à traição, as mulheres não identificam o risco pessoal de infecção pelo vírus e outras doenças sexualmente transmissíveis. Isso acontece pelo fato de, a traição, não estar identificada com o próprio parceiro, mas sim, identificada a um comportamento masculino estabelecido socialmente, incorporado pelas mulheres.

Por outro lado, de acordo com o Ministério da Saúde (2009), os preservativos masculinos e femininos devem ser distribuídos gratuitamente, para a população atendida nas unidades da rede municipal de saúde e, para populações específicas, por meio de ações de prevenção realizadas por instituições parceiras.

Para o Ministério da Saúde (2009), além de integrar as ações de prevenção às DST/AIDS a rede de serviços de saúde municipal tem também como objetivo melhorar o acesso da população, sendo responsável pela descentralização dos insumos de prevenção (preservativos masculinos e femininos, gel lubrificante e material educativo) para todos os doze Distritos Sanitários e outros parceiros governamentais e não governamentais.

Todavia, diante desse contexto, pode-se afirmar que, as recomendações das mulheres, em realizar grupos educativos com homens e mulheres, não surtiria efeito, uma vez que, por uma condição de subordinação socialmente estabelecida, e em razão, da recusa do uso do preservativo ser socialmente e culturalmente “natural” em uma sociedade ultra machista, os homens dificilmente chegariam a participar.

Essa situação pode explicar a feminização crescente do HIV/Aids no município de Salvador – Bahia, como um processo que sofre uma influencia direta da condição cultural machista da sociedade soteropolitana.

Nesse sentido, parece claro que, o triunfo do machismo não pode ser superado sem que se tente mudar a sociedade. As propagandas seriam um excelente artifício a fim de modificar essa situação social, permitindo que o próprio homem machista, se enxergue como agente propulsor da mudança do pensamento dominador de subalternação feminina.

Do mesmo modo que, campanhas para apoiar e conscientizar a mulher deveriam ser feitas, no sentido de no futuro chegar-se a campanhas fundamentadas na abordagem da relação de gênero, onde as duas partes, homens e mulheres pudessem reconstruir o pensamento ideológico social.

Há de se esclarecer que, nos relatos das depoentes desse estudo, não houve a descrição diferencial entre as características sociais da infecção, de maneira distinta, entre as mulheres brancas e negras, é sabido que, poucos estudos, também, abordam tal questão. Essa questão exige abordagens teóricas e metodológicas diferentes, das que aqui, foram abordadas.

Portanto, os achados da presente pesquisa confirmam todas as pesquisas existentes, no que tange a subordinação naturalizada da mulher, que adquiriu o HIV, por intermédio de uma relação estável. Esses achados se ampliam, também para as mulheres que adquiriram o HIV em relações não estáveis, sendo que, a pesquisa atual destaca o papel ultramachista dos homens ao recusarem o uso do preservativo, mesmo nessas relações.

Então, a pesquisa constata o papel incontestável da decisão ultimada do homem quanto ao uso do preservativo, e a subordinação das mulheres, de maneira inconsciente. Tal situação dificulta o apoio da sociedade para as mulheres, já que, essa condição de subordinação se torna naturalizada, imperceptível.

É preciso reconstruir as concepções do comportamento sexual, do ser mulher e do ser homem, por intermédio de ações educativas como as propagandas, que envolvam as duas partes da relação de gênero: Homens e mulheres.

13.2. DISCUSSÃO INTERNA

A metodologia utilizada no propósito dessa pesquisa, buscou por intermédio de uma abordagem exploratória, em um método qualitativo, descrever valores, atitudes, crenças, comportamentos e contextos histórico-socio-culturais que possam ter vulnerabilizado mulheres para a infecção pelo vírus HIV/Aids em Salvador, no estado da Bahia.

Diante desse ponto, de maneira a facilitar o alcance dos objetivos relacionados da pesquisa, procurou-se fazer uso de uma técnica de coleta de dados que pudesse de maneira única, abstrair as vivências dos sujeitos da pesquisa, sem a interferência direta da pesquisadora.

A técnica em questão, já descrita no corpo metodológico desse trabalho, foi a técnica de grupo focal que teve como um de seus principais entraves a reunião dessas participantes, com características diversas, para o desenvolvimento da pesquisa.

A diversidade relatada acima se relacionou quanto às informações encontradas nos prontuários e registros do CEDAP, referentes principalmente ao grau de instrução das participantes, essa informação não havia em todos os prontuários e registros, sendo necessário questionar às mulheres no momento da abordagem, a fim de ser garantido um mesmo patamar sócio cultural no momento dos grupos focais.

O tipo de relação que as participantes adotavam ao serem contaminadas, também se mostrou como uma característica diversa, já que, para esse ponto foi preciso se questionar às mulheres que chegavam ao CEDAP em demanda livre, e que aceitavam participar da pesquisa que tipo de relacionamento elas tinham quando foram contaminadas.

Essas situações diversas citadas demandaram tempo, o que dificultou um pouco, a coleta dos dados.

Nem todas as mulheres abordadas e mesmo aceitando participar da pesquisa, se sentiam a vontade para dizer que relação tinha quando do momento da contaminação, sendo esse um dos pontos dificultadores da pesquisa.

Além disso, quando era esclarecido que, para a coleta das informações se fazia necessário que as participantes estivessem em um espaço e diante das outras respondessem e discutissem algumas questões, cinco delas acabaram desistindo, pois se sentiram expostas e disseram não acreditar que outras mulheres pudessem compreender sua situação.

Outro ponto relevante foi quanto a análise dos discursos das depoentes, uma vez que, diante da técnica adotada, muitas em alguns momentos falavam ao mesmo tempo, ou intervinha no meio do discurso de outra, essa situação dificultou a escuta e posterior análise de alguns relatos, sendo necessária a repetição da escuta da gravação por diversas vezes, além da ajuda de um técnico em áudio para aperfeiçoar o áudio da gravação, facilitando assim, a percepção clara do relato.

Além dessas limitações, pode-se dizer que, os achados vêm de uma metodologia rigorosa, que pode ser chamada de metodologia científica, onde todos os objetos de interesse do estudo foram utilizados dentro de uma perspectiva social e grupal, o que pode ser constatado no anexo a transcrição cronológica dos dois grupos focais.

Além disso, a pesquisa poderia ser mais bem esclarecida, caso fossem realizadas entrevistas, e não somente a técnica de grupo focal, como também, a realização de entrevistas com os homens a fim de ser confrontado com o que foi relatado pelas mulheres.

O uso da técnica de grupo focal traz como limite a dificuldade de se observar a dependência econômica, a violência sofrida pela mulher com relação ao homem, pontos esses que poderiam, provavelmente, ser mais bem observados, se associada à técnica de grupo focal estivesse a técnica da entrevista.

Pode ser afirmado que, um ponto relevante dessa pesquisa, foi em usar dois tipos de grupo, o que permitiu através dos relatos e experiências de mulheres que adquiriram o HIV em relações não estáveis, sair da concepção de que a confiança está apenas

centrada, nas mulheres de relações estáveis. A confiança no homem supera qualquer condição de relacionamento, sendo estável ou não.

Outra questão importante, e que contribuiria com a pesquisa, seria de ter no momento da realização dos grupos focais um facilitador homem e outro mulher, na tentativa de, se evitar, por parte da pesquisadora a naturalização da subordinação feminina frente aos discursos das depoentes.

Esse ponto é de suma importância, pois, enquanto pesquisadora e mulher integrante da sociedade soteropolitana machista deparei-me, ao analisar os discursos das mulheres do grupo não estável, com dificuldades em enxergar a subordinação, tão evidente, mas mascarada.

Para isso, o olhar sociológico e experiente do meu orientador, garantiu-me uma contribuição primordial, para identificar essa subordinação naturalizada frente aos discursos.

14. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de três décadas de convivência com a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), a sociedade de uma maneira geral, ainda desconsidera a aids como uma doença passível de atingir qualquer pessoa.

Hoje, a aids se configura como um dos grandes problemas de saúde pública, afetando em **Salvador – Bahia**, em sua maioria, a população feminina devido a vulnerabilidade sócio-cultural, em que está incluída a desigualdade de gênero, fundamentada nas bases da sociedade patriarcal, onde o poder do homem se sobrepõe ao da mulher.

Nesse sentido, diante desse estudo, nos relatos colhidos de mulheres que contraíram o HIV por meio de uma relação heterossexual estável, pôde-se abstrair que, essas mulheres associam o relacionamento estável à fidelidade e ao respeito, todavia, quando percebem que não foram esses os sentimentos realmente vivenciados em suas relações, apresentam sentimentos de raiva e revolta, oriundos da contaminação, infidelidade, falta de respeito e decepção pela confiança traída.

Observou-se então que, a fantasia de fidelidade, construída sob a égide social de um relacionamento estável, é destruída, fazendo com que as mulheres identifiquem o parceiro como o grande responsável por essa situação.

Dessa maneira, o estudo conseguiu evidenciar que a confiança no parceiro, a recusa do mesmo em fazer uso do preservativo e a possibilidade de desestruturação do relacionamento pela solicitação feminina quanto ao uso do preservativo na relação, são fatores que segundo os depoimentos das participantes do grupo estável, vulnerabiliza as mulheres ao HIV/aids.

No entanto, os relatos das participantes do grupo não estável, evidenciaram que, o não uso do preservativo na relação é proveniente de uma consequência da não responsabilidade da parte mais poderosa da relação de gênero “machista”, ou seja, o homem, para essas participantes, diante de um discurso de subordinação naturalizada, o homem acaba sendo desobrigado de qualquer culpa, na verdade, de culpa nenhuma, uma vez que o homem exerce um poder absoluto sobre a mulher.

Outra característica evidenciada pelo estudo, por intermédio dos depoimentos do grupo não estável, se relacionou à dificuldade manifestada pelas depoentes, quanto à técnica de uso do preservativo, situação que, as condicionou ao não uso do mesmo, no momento da relação sexual.

Essa condição, relatada pelas depoentes do grupo não estável, é uma forma de mascarar diante dos discursos, a total dominação sofrida por elas, ficando subentendido nos discursos que a mulher se responsabiliza completamente por essa contaminação.

Por outro lado, em detrimento da subordinação, o estudo conseguiu elucidar que, as participantes do grupo estável, percebem que a contaminação ocorre mais com as mulheres, uma vez que não lhes é atribuído o poder de decisão quanto ao tipo de relação sexual que será adotada no relacionamento, cabendo essa decisão ao homem.

Além disso, mediante relatos dessas participantes, pôde-se inferir que qualquer um está sujeito à contaminação, não existindo distinção quanto a idade, condição social ou localidade de moradia. Em sua maioria, o grupo estável acredita que, a contaminação ocorre de maneira mais incidente nas mulheres devido sua exposição, diante do poder de decisão que é socialmente atribuído ao homem.

Sendo assim, o estudo conseguiu ultimar que, nessa sociedade machista, a mulher é mais exposta à contaminação do que o homem, uma vez que ela não tem qualquer poder diante da relação sexual com o homem. O homem quer sexo sem preservativo porque lhe é fornecida a oportunidade de escolha, uma vez que a própria mulher não solicita, não exige o uso do preservativo na relação.

O homem não acredita na proteção, porque ele subentende que não precisa, mediante seu pensamento dominante, machista, “poderoso”, o que na verdade, é trágico, pois se sabe que ele pode contaminar-se facilmente.

De acordo com os relatos das participantes do grupo não estável, a aids pode acometer qualquer um, independente das características individuais que os cercam; a contaminação estaria portanto dependente e atrelada ao momento, ao envolvimento e à escolha que cada um faz com relação ao uso ou não do preservativo na relação.

Ainda assim, diante da perspectiva das ações de saúde, e sob a ótica da maioria das mulheres que contraíram HIV, em relações heterossexuais estáveis, foi possível abstrair que, uma das alternativas para reduzir o risco de infecção das mulheres pelo HIV, seria a realização de ações educativas voltadas para o público masculino, realizadas pelos profissionais de saúde, na tentativa de se enfatizar a utilização do preservativo com suas companheiras.

No entanto, tal estratégia seria e é difícil, pois os profissionais de saúde fazem parte dessa sociedade que tem como pensamento ideológico dominante a dominação masculina, presente nos pilares religiosos, escolares, comportamentais e do Estado. Essa evidencia é contundente ao se constatar que, os profissionais de saúde reproduzem a essência dominante da subordinação feminina.

Outra questão, constatada no estudo e que, para as participantes do grupo estável, ajudaria na redução do risco de infecção das mulheres, seria a orientação para essas mulheres de como conversar com seus companheiros a respeito do uso do preservativo, por intermédio da implementação de atividades ligadas à educação em saúde, que abordem questões de gênero, possibilitando assim, a criação de condições para o enfrentamento da desigualdade de gênero, vivenciada pelas mulheres, a fim de se construir um ser mulher mais crítico, independente e respeitado.

Pôde-se perceber que, para algumas depoentes ainda do grupo estável, as ações de saúde poderiam ser voltadas para o casal, afim de que os dois fossem igualmente sensibilizados quanto a questão do uso do preservativo, buscando o envolvimento dos parceiros com esta problemática na intenção de estimulá-los quanto à prevenção própria e da parceira, já que a responsabilidade relacionada à negociação do preservativo não deve recair somente sobre as mulheres. O casal deve preocupar-se, em conjunto, com a prevenção.

Outro ponto conclusivo dessa pesquisa foi a respeito da ação da mídia televisiva, conforme algumas participantes do grupo estável e do grupo não estável, como sendo uma alternativa no que tange a ações educativas de saúde, que deveriam ser voltadas para as mulheres, com orientações a respeito da aids e de sua prevenção. Todavia, as participantes do grupo não estável demonstraram que, essa ação realizada pela

comunicação televisiva deveria ocorrer de maneira contínua, e não apenas nos momentos festivos.

Compreende-se que, a ação da televisão traria efeitos sobre o comportamento masculino e feminino diante da questão da proteção, caso o homem, machista se enxergasse diante dessa ação, por intermédio de propagandas, que ajudassem a transformar uma questão que foi construída historicamente.

Ainda assim, para as participantes do grupo não estável, um diálogo maior entre profissionais de saúde com os homens e as mulheres contribuiria de maneira efetiva, com o combate e controle da infecção. Isso demonstra a grande importância do profissional de saúde no combate à epidemia, ao fazer uso da educação em saúde, como elemento norteador para a conscientização de homens e mulheres a respeito da aids. Desde que esse profissional, consiga se desvincular do processo dominante e subordinador presentes na sociedade.

Por fim, o estudo compreendeu também que, para essas depoentes, a distribuição dos preservativos em locais que não seja apenas os postos de saúde, auxiliaria de modo efetivo e significativo, no combate à infecção, viabilizando assim, uma cobertura maior da distribuição para a população.

Tal ação surtiria efeito se, atrelada a ela, houvesse a conscientização e a mudança de comportamento do homem e da mulher, diante da ação dominante da relação existente entre ambos.

Sendo assim, surge como recomendação dessa pesquisa, que para se estudar a feminização do HIV/Aids em Salvador, as pesquisas precisam ampliar seu quadro teórico da relação de gênero, a fim de incluir as duas partes da relação: mulheres e homens, para se buscar estratégias de mudanças a partir das relações de saber e de poder existentes na nossa sociedade.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALTMAN, D. **"SIDA e a Globalização da Sexualidade"**. Rio do Janeiro: Relume-Dumara Editores. 2008.

ANDRADE, S. M. O. **Opinião sobre AIDS e Possíveis Mudanças de Comportamento de Heterossexuais Masculinos**. Cad Saúde Pública. 2007. 7(1): 45-68.

AYRES J. R. C. M. **Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids**. In: Barbosa R, Parker R, organizadores. Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1999. p. 50-71.

AYRES, J. R. C. M. **Sobre o risco: para compreender a epidemiologia**. São Paulo: Hucitec. 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo** (Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro, trad.). Lisboa: Edições 70. 2009.

BARBOSA, R. M. **Comportamento e práticas sexuais de homens e mulheres**. Rio de Janeiro: Rev Saúde Pública 2008. 42:21-33.

BARRENO, C. **Redes sociais e difusão da AIDS no Brasil**. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 2003. 121:11- 44.

BARROSO, R. M. **Negociação sexual ou sexo negociado? Poder, gênero e sexualidade em tempos de AIDS**. São Paulo: Editora 34. 2007.

BASTOS, M. J. G. [et. al.]. **Perfil Socioeconômico dos Usuários da Redde Nacional de Pessoas Vivendo e Convivendo com HIV/Aids** – Núcleo de Campina Grande-PB. Departamento de Serviço Social. UEPB. 2000.

BEAUVOIR, S. **O Segundo Sexo**, v.I, II. Tradução Sérgio Milliet. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.1980.

BECKER, M.; RAY, S. **Mulheres e HIV/Aids: um livro sobre recursos internacionais: informação, atividades e materiais relativos às mulheres e**

HIV/Aids, saúde reprodutiva e relações sexuais.. São Paulo: Editora Brasiliense. 2002.

BERER, M. E. **Mulheres e HIV/AIDS.** São Paulo: Brasiliense. 2011.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO. Bahia: Secretaria de Estado da Saúde. 2011; 9 (24).1.[citado2012jun.14].Disponível em:http://200.189.113.52/ftp/Boletim/boletim24.p

BORDIEU, P. **A Dominação Masculina.** Rio de Janeiro: Francisco Alves. 2005.

BOURDIEU, P. **La domination masculine.** Paris: Seuil. 1998.

BRASIL. **Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome.** POLITICA NACIONAL DE ASSISTENCIA SOCIAL Resolução nº 145 Conselho Nacional de Assistência Social, Brasília. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde/Cebrap. **Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/Aids.** Brasília: Ministério da Saúde. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Controle das DST.** Brasília: Ministério da Saúde. 1997. p. 73.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática.** Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BROULLIETTE, G. **Reported effects of holotropic breathwork™: An integrative technique for healing and personal change.** Doctoral dissertation, The Institute of Transpersonal Psychology, 1997.CALDER, B.J. **Focus group and the nature of qualitative marketing research.** Journal of Marketing Research. 1977. 14, 353-364.

CAMARGO, B. V. **Alceste: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais.** João Pessoa: Ed. Universitária, 2005. p. 511-540

CAMPOS, R. C. P. **AIDS: trajetórias afetivo-sexuais das mulheres.** São Paulo: FCC. 1998.

CAREGNATO, R. C. A. **Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo.** Texto Contexto Enferm. Florianópolis. 2006. Out-Dez; n.15, v.4, p. 679-684.

CARNEIRO, S. **Enegrecer o Feminismo: A Situação da Mulher Negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero.** In: Ashoka Empreendimentos Sociais; Takano Cidadania (Orgs.). Racismos Contemporâneos. Rio de Janeiro: Takano Editora, 2003. p. 49-58.

CARRENO I, COSTA JSD. **Uso de preservativos nas relações sexuais: estudo de base populacional.** Rev Saúde Pública. 2006; 40(4): 720-26.

CARVALHO, C. M. L; MARTINS, L. F. A; GALVÃO, M. T. G. **Sentimentos de mulheres portadoras de HIV/AIDS diante da percepção da infecção.** Revista Nursing. Barueri 2006. v. 100, n. 8, p. 1010-1015.

CARVALHO, F. **Maternidade em situação de infecção pelo HIV: um estudo sobre os sentimentos de gestantes.** Interação em Psicologia. São Paulo: Takano. 2004.

CHIRIBOGA, C. R. **Introducción. Mujer y SIDA: Conceptos sobre el tema.** In: Situación de las Mujeres y el VIH/SIDA en América Latina (B. Rico, S. Vandale, B. Allen & A. L. Liguori, eds.), Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública. 1997. p. 22.

_____. **Resolução CNS n. 196/96.** Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF), 1996. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>>. Acesso em: 18 ago. 2010.

COHN, A. **Considerações Acerca da Dimensão Social da Epidemia de HIV/AIDS no Brasil.** In: SIMPÓSIO satélite. a epidemia da AIDS no Brasil: situação e tendências. Brasília: Ministério da Saúde. 1997, p. 45-53.

COLL, O; VIDAL, R. **Management of HIV serodiscordant couples. The clinician point of view.** Contraception, Fertilité, Sexualité. 1997. 27:399-404.

_____. **CONSELHO NACIONAL DE COMBATE AO HIV/SIDA.** Plano Estratégico Nacional de Combate ao HIV/SIDA. Livro II **Objetivos e Estratégias.** Maputo, Moçambique, 2011.

_____. **CONFERÊNCIA NACIONAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES.** Brasília. Boletim informativo n. 1. Brasília: [s.n.]. 2011.

- COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Edições Graal. 2004.
- COSTA, A. **Avances y definiciones del movimiento feminista em Brasil**. Dissertação (Mestrado em Sociologia)-Facultad de Ciências Políticas y Sociales, México. 2008.
- DEVREUX, A. M. **Des hommes et du masculin**. In: WELZER-LANG, Daniel; FILIOD, Jean-Paul. Lyon: Presses Universitaires de Lyon et Bief-Cefup. 1992. p. 147-164.
- DEVREUX, A. M. **La mémoire n'a pas de sexe. Pénélope, pour l'histoire des femmes**, 2000. n. 12, p. 55-68.
- DILLEY M, BOUDREAU TE. **Coming to terms with vulnerability: a critique of the food security definition**. Food Police. 2001; 26(3):229-47.
- ENG, T. R; BUTLER, W. T. **The Hidden Epidemic**. Washington, D.C.: National Academy Press. 1997.
- FARAH, S. M. **Incorporação da questão de gênero pelas políticas públicas na esfera local de governo**. São Paulo: NPP/FGV-EAESP. 2004.
- FINKLER, L; OLIVEIRA, M. Z; GOMES, W. B. **HIV/AIDS e práticas preventivas em uniões heterossexuais estáveis**. Revista Aletheia. Canoas (RS), n. 20, p. 9-25, jul-dez. 2008.
- FRANCO, F. G; FIGUEIREDO, M. A. C. **Aids, drogas e “ser mulher”. Relatos de mulheres soropositivas para o HIV**. Medicina, Ribeirão Preto, 2004. P. 3.
- GALVÃO, Maria. T.G. et al. Uso do preservativo entre casais portadores ou não do HIV. In: **Anais do III Congresso Brasileiro de Prevenção em DST/AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde: CN de DST/AIDS. 2011. p. 398-399.
- GALVÃO, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4. Ed. São Paulo: Atlas, p. 146. 2000.

- GIACOMOZZI, E. **Sexualidade humana na formação do enfermeiro**. Rev Lat Am Enfermagem 2004. 8(2): 33-40.
- GIACOMOZZI, A. I; CAMARGO, B. C. **Eu confio no meu marido: estudo da representação social de mulheres com parceiro fixo sobre prevenção da AIDS**. In: Psicologia: Teoria e prática, São Paulo. 2004. n. 6. v. 1. p. 31-44.
- GIR, F. **A sexualidade e a mulher portadora do vírus da imunodeficiência Humana Tipo 1 (HIV-1)**. Ribeirão Preto. 200p. Tese (Livre-docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. 2000.
- GOGNA, M. **Contribuições para repensar a prevenção das DSTs**. In. II Seminário Saúde reprodutiva em tempos de AIDS. ABIA: Programa de Estudos e Pesquisa em Gênero, Sexualidade e Saúde – IMS/UERJ, 1997.
- GOMES, W. B. **Práticas Preventivas em Uniões Estáveis**. Porto Alegre: Ed. Universidade/UFRGS. 2004
- GONZALEZ, L. **“A Mulher Negra na Sociedade Brasileira”**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1982.
- GRESSLER, L. A. **Introdução à pesquisa: projetos e relatórios**. 2. Ed. São Paulo. Loyola. 2004.
- GUILHEM D. **Escravas do Risco: Bioética, Mulheres e AIDS**. Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, área de concentração bioética, Universidade de Brasília, 2005.
- HEILBORN, M.L. Experiência da sexualidade, reprodução e trajetórias biográficas juvenis. In: **O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p.29-59.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATTÍSTICA. Salvador, 2012. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acessado em: 10 jun. 2012.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS. **Report on the Global HIV/AIDS Epidemic, June 2011.** Geneva, Switzerland UNAIDS, 2011

LEAL, O. F, BOFF, A. M. Insultos, queixas, sedução e sexualidade: fragmentos de identidade masculina em uma perspectiva relacional. In: **Parker, Richard, Barbosa, Regina (orgs.).** Sexualidades brasileiras. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: 1996. p. 119-35.

LIEBSCHER, P. **Quantity with quality ? Teaching quantitative and qualitative methods in a LIS Master's program.** *Library Trends*. Spring. 1998. v. 46, n. 4, p. 668-680.

LOURO, G. L. **Gênero, Sexualidade e Educação: Uma abordagem pós-estruturalista.** Petrópolis: Vozes, 1997.

MANN J. **Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e AIDS.** In: Parker R. *A AIDS no mundo.* Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1993. p. 276-300.

_____. **MINISTÉRIO DA SAÚDE.** Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.** Texto retirado de Atenção integral à saúde da mulher. Documento preliminar para discussão na Oficina de Construção da Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher. Brasília: ASAJ. 2011.

_____. **MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS).** cn – dst/aids. Boletim Epidemiológico AIDS – ano III ISSN 1517 1159 – 2009. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/aids-no-brasil>. acesso em 12/04/12.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 7 ed. São Paulo: Hucitec. 1999.

MINAYO, M. C. S. de. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 8. ed. São Paulo: Hucitec. 2004.

MORENO, J. A. **Motricidad Infantil: Aprendizaje y Desarrollo através del juego.** Barcelona. 1999.

MORAES, M. J. G. **A vulnerabilidade ao HIV/AIDS de mulheres casadas ou em união estável.** Universidade Estadual da Paraíba. 2009.

_____. **MS. Datasus** – 2011. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>> Acessado em: 14 jan. 2011.

MOTTA A. B. **As dimensões de gênero e classe social na análise do envelhecimento.** Cad Pagu. 2008. 13: 191-221.

NASCIMENTO, A. M. G; BARBOSA, C. S; MEDRADO, B. **Mulheres de Camaragibe: Representação social sobre a vulnerabilidade feminina em tempos de Aids.** 2005. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. 2005. 5(1): 77-86.

NEVES, J. L. Pesquisa qualitativa – características, usos e possibilidades. São Paulo, 1996. Disponível em: <<http://www.ead.fea.usp.br/cad-pesq/arquivos/C03-art06.pdf>> Acesso em 16 Out de 2010.

OLIVEIRA, F. **saúde reprodutiva, etnicidade e políticas públicas no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2004.

OLIVEIRA, S. L. de. **Tratado de metodologia científica: projetos de pesquisas, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses.** 1 ed. São Paulo: Pioneira. 1999.

PALMA, A. MATTOS, U. A. de O. **Contribuições da ciência pós-normal à saúde pública e a questão da vulnerabilidade social.** História, Ciências, Saúde — Manguinhos. 2001. vol. VIII(3): 567-90, set.-dez.

PAIVA, M. S. **A Feminilização da AIDS: uma questão de gênero?** Rev Bras Enferm Brasília, jan./mar. 2000. V 52. 01: 07 – 13.

PAIVA, M.S. **Vivenciando a gravidez e experienciando a soropositividade para o HIV.** 170 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2011.

PARIS SMJ. **Aspectos psicossociais e a vulnerabilidade feminina.** Folha Médica UNIFESP 1999. 18 (1):41-5.

- PARKER, R. **A construção da solidariedade: Aids, sexualidade e política no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Relume Dumará, 2003.
- PARKER, R. **Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos** In.: Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2004.
- PARKER, R. **Na Contramão da AIDS: Sexualidade, Intervenção, Política.** Rio de Janeiro: ABIA. São Paulo: Editora 34, 2001.
- PARKER, R. **Fazendo arte com a camisinha.** São Paulo: Summus. 1994.
- PEDRO JM. Traduzindo o debate: **o uso da categoria gênero na pesquisa histórica.** História 2005; 24 (1): 77- 98.
- PETERSEN, M. L . **Consequências a longo prazo do atraso entre falha virológica de Highly Active Anti-Retroviral Therapy e Modificação Regime: um estudo prospectivo.** Rio de Janeiro, 1999.
- PENA, T.M.G. **Desigualdade Social - Questão de Gênero.** Uberlândia. 2012
- PERREAULT, M. **L'Échelle De Dépression Postnatale D'Edimbourg: Validité Au Québec Auprès De Femmes De Statut Socio-économique Faible.** Canadian Journal of Community Mental Health. Canadian. 1993.
- PINHO, P.A. **Itinerários terapêuticos em construção: Aids, biomedicina e religião.** 2010. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Medicina Preventiva, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo. 2010.
- PIROTTA, K. C. M. **Intenções reprodutivas e práticas de regulação da fecundidade entre universitários.** Rev Saúde Pública 2010. 38:495-502.
- REVISTA ÁFRICA - Ano 2 - n. 8, fev. 2010 - ISSN 1983-2354 disponível em: www.africaeaficanidades.com, acesso 12/04/12.
- RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas.** 3ª Ed. São Paulo: Editora Atlas, 2007.

_____. **PLANO NACIONAL DE ASSISTENCIA SOCIAL (PNS)**. Brasília, Junho 2004.

ROCHA CR et al. **A Enfermagem e a Saúde da Mulher: questões de gênero e sociopolíticas**. Esc Anna Nery, Rio de Janeiro, abr. 2000. 04(01): 105 – 114.

RODRIGUES, A.R. Pontuações Sobre a Investigação Mediante Grupos Focais. **In: Seminário COPEADI – Comissão Permanente de Avaliação e Desenvolvimento Institucional**. 1988.

ROSO, A. R.; GUÉ, R. M. **As campanhas de prevenção da Aids na mídia televisiva – um estudo sobre a campanha Brasília**. Saúde em Debate. 2009. n. 52, p. 16, Setembro.

ROSO, A. **Ideologia e relações de gênero: um estudo de recepção das propagandas de prevenção da AIDS**. Cadernos de Saúde Pública. 2009. V. 16, n. 2, p. 385-397.

ROSO, A.; BUENO, S.M.N. **“Cultura e ideologia: a mídia revelando estereótipos raciais de gênero”**. São Paulo. 1998.

RUSSELL, B. On Denoting. **In Martinich**. 1985.

SAFFIOTI, H, Vargas MM. **Mulher Brasileira é Assim**. Rio de Janeiro, RJ: Rosa dos Tempos; Nipas; Brasília, DF: Unicef.1992.

SALDANHA, A. A. W. **Vulnerabilidade e construções para o enfrentamento da soropositividade ao HIV por mulheres infectadas por relacionamento estável** (tese) São Paulo: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto. 2005.

SANTOS, V. dos. **Trabalhos Acadêmicos: Uma orientação para a pesquisa e normas técnicas**. Porto Alegre. 2006.

_____. **SECRETÁRIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA – SESAB**. Salvador, 2011. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/int_prev_hiper.html.

_____. **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SMS**. Salvador, 2011. Disponível em: <http://www.saude.salvador.ba.gov.br/> acesso em 12/04/12.

SEIXAS, A.M.R. **'Sexualidade Feminina - História, Cultura, Família, Personalidade & Psicodrama'**. São Paulo: Senac. 1998.

SILVEIRA, E. A. A.; CARVALHO, A. M. P. **Familiares de clientes acometidos pelo HIV/AIDS e o atendimento prestado em uma unidade ambulatorial**. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2002. 10 (6), 813-818.

SILVA, M. N. **Mulheres negras: o preço de uma trajetória de sucesso**. PUC/SP, Dissertação Mestrado. 1998.

SILVA, C. M. **A percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DST/HIV**. Revista da Escola de Enfermagem da USP: São Paulo. 2009 v. 43, n. 2, p. 401-406.

SILVEIRA, M. F. **Auto-percepção de Vulnerabilidade às Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS em mulheres**. Revista de Saúde Pública. 2002.

SCOTT, J. **Gênero: uma categoria útil de análise histórica**. Porto Alegre: Educação e Realidade. 1990.

SCOTT, J. **Gênero: uma categoria útil para a análise histórica**. Recife: SOS Corpo. 2000.

SCOTT, J. **Gênero: uma categoria útil para a análise histórica**. Trad. Christiane Rufino Dabat e Maria Betânia Ávila. New York: Columbia University Press. 1995. p. 75.

SPENCER, H. **Estática Social**. São Paulo: Editora Record, 2006.

SPENCER, B. **Contexte normatif du comportement sexuel et choix dès stratégies de prevention**. Population, 1993.

SZWARCWALD, C. L.; BASTOS, F. I.; GRAVATO, N.; LACERDA, R.; CHEQUER, P. N. & CASTILHO, E. A. **The relationship of illicit drug consumeto HIV-infection among commercial sex workers (CSWs) in the city of Santos**. São Paulo, Brazil. International Journal of Drug Policy. 2000. 9:427-436.

TREVISOL, F. S. **HIV frequency among female sex workers in Imbituba.** Braz J Infect Dis 2005. 9(6): 500-5.

UNAIDS-The joint United Nations Programme on HIV/AIDS. <Disponível em: http://www.unaids.org/en/HIV_data/default.asp>. Acesso em: 20 Jun; 2011.

UNAIDS. AIDS, 2010 epidemics situation. UNAIDS Report. World Health Organization; 2012. Disponível em <http://www.unaids.org>. Acesso em 12/03/12.

VILLELA, W. V. **Das interfaces entre os níveis governamentais e a sociedade civil.** São Paulo: Editora. 2000. 34. p. 177- 224.

WALLACE, R. **Urban desertification, public health and public order: “Planned shrinkage,” violent death, substance abuse and AIDS in the Bronx.** New York: Social Science and Medicine, 1992.

WATTS, M.J; BOHLE, H.G. **The space of vulnerability: the causal structure of hunger and famine.** *Progress in Human Geography.* Londres.1993. v. 17, n. 1.

WATSON, R. **The Regional Impacts os Climate Change: as assessment of vulnerability.** *Intergovernmental Panel on Climate Change.* New York: Social Science and Medicine, 1997.

WELLINGS, K; FIELD, B. **Stopping AIDS: AIDS/HIV public education and the mass media in Europe.** London: Longman, 1996.

WELLINGS, K. et al. **Sexual behaviour in context: a global perspective.** *Lancet,* London, 2006, v. 368, n. 9548, p. 1706-1728.

ANEXOS



Governo do Estado da Bahia
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

Ofício nº. 003 /2012

Refer: Autorização

Salvador, 02 de Outubro de 2012.

Prezada Cosete Rodrigues

É com alegria que informo o deferimento do seu Projeto "A feminização do HIV/AIDS no município de Salvador/Bahia: uma questão de gênero", para realização no CEDAP. O próximo passo é apreciação por um comitê de ética, caso ainda não tenha sido submetido.

Cordiais Saudações,

CARLOS ALBERTO LIMA DA SILVA

Coordenador do NAC-CEDAP



Governo do Estado da Bahia
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

Ofício nº. 002 /2012
Refer: devolução do Projeto

Salvador, 03 de dezembro de 2012.

Prezado Michel Perreault

Estamos encaminhando para seu conhecimento o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da SESAB.

O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da SESAB após apreciação quanto à dimensão ética do Projeto "A feminização do HIV/AIDS no município de Salvador/Bahia : uma questão de gênero", considera que o projeto está bem elaborado e que nenhum dos procedimentos representa riscos conhecidos aos participantes. Ressalta-se ainda que a proposta não representa riscos para os pesquisadores, técnicos e auxiliares. Deve-se destacar ainda que todas as pendências destacadas foram respondidas. Assim, este projeto de pesquisa contempla todos os aspectos exigidos na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sendo considerado aprovado.

Cordiais Saudações,

CARLOS ALBERTO LIMA DA SILVA

Coordenador do CEP-SESAB

APÊNDICES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 196/96 – Conselho Nacional de Saúde

Sr(a) foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada: **A FEMINIZAÇÃO DO HIV/AIDS NO MUNICÍPIO DE SALVADOR/BAHIA: UMA QUESTÃO DE GÊNERO**, que tem como objetivos: **Descrever valores, atitudes, crenças, comportamentos e contextos historico-socio-culturais que possam vulnerabilizar mulheres para a infecção pelo vírus HIV em Salvador, no estado da Bahia**; Objetivos específicos: **1. Identificar com mulheres já contaminadas, no município de Salvador, valores, atitudes, crenças, comportamentos e contextos historico-socio culturais que vulnerabilizaram as mulheres ao processo de infecção ao HIV/AIDS. 2. Buscar com mulheres já contaminadas meios susceptíveis de intervenção para proteção contra a infecção pelo vírus HIV. 3. Analisar as ações desenvolvidas pela Secretaria de Saúde do Município, direcionadas ao processo de feminização do HIV/AIDS.** Este é um estudo baseado em uma abordagem Exploratória, utilizando como método qualitativo. A pesquisa terá duração de dois meses, com o término previsto para Setembro. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os dados coletados serão utilizados apenas NESTA pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados. Sua participação nesta pesquisa consistirá em comentários que serão anotados e analisados no diário de pesquisa por intermédio de perguntas realizadas pela pesquisadora. A entrevista será gravada em um gravador para posterior transcrição – que será guardado por cinco (05) anos e incinerada após esse período. O Sr(a) não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Não haverá riscos de qualquer natureza relacionada a sua participação. O benefício relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área de enfermagem na área de Saúde da Mulher. O Sr(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável, e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Desde já agradecemos!

Nome do Orientador
Pesquisador Principal (UCSAL)
Cel: (71) 96785139
e-mail: Michel.perreault@umontreal.ca

Nome do Orientando
Graduando
Cel: (71) 99992466
e-mail: coseterodrigues@hotmail.com

Salvador, ____ de _____ de 2012.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste **TERMO DE CONSENTIMENTO** e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Sujeito da Pesquisa: _____

TRANSCRIÇÃO DO GRUPO DE RELAÇÃO HETEROSSEXUAL ESTÁVEL

1. Como as mulheres de Salvador são contaminadas pelo vírus HIV? Como essa contaminação acontece em geral?

As participantes entraram em silêncio na sala, meio tímidas ainda e ao realizar o 1º questionamento quem primeiro se pronunciou foi a participante *Margarida*. E em seguida, abriu-se espaço para que todas falassem de acordo com o que havia sido questionado.

Nós somos contaminadas pela relação sexual que ocorre com o nosso parceiro, marido, companheiro, comigo aconteceu dessa forma (timidez ao falar), fui contaminada pelo meu parceiro, (faz uma pausa), ele foi internado um dia e foi direto para a CTI, quando o médico veio eu perguntei, o que ele tem doutor? E o doutor me respondeu na maior naturalidade, como se estivesse falando de um resfriado, ele disse: é Aids. (abaixa a cabeça) (Margarida)

No meio da fala de *margarida*, *rosa* se posiciona:

Também fui contaminada pelo meu companheiro (timidez), ele não queria usar preservativo e pronto, na verdade nem eu também queria, mas não imaginaria em ser traída e dele me passar essa doença (raiva ao falar). Nunca em minha vida imaginei de pegar essa doença, via tanta gente falando dela mas não ligava, achava que nunca iria acontecer comigo, a gente fica na mão do homem (Rosa)

Margarida então retoma sua fala, enquanto as demais permanecem em silêncio, olhando os posicionamentos das duas.

É... (balança a cabeça concordando com Rosa) sempre fui da casa, nunca fui de sair, me esbaldar, vivia para ele e nosso filho, mas a gente já devia saber que homem é assim mesmo, sempre arranjam outra na rua e quando arranjam não são mulher direita como a gente que está em casa esperando por eles (Margarida)

Após a manifestação de *Margarida*, como percebi que elas permaneciam em silêncio falei: vamos gente pode se sentir a vontade, falem o que vocês sentem e repeti o questionamento.

Nesse momento, em voz alta a participante *jasmim*, se pronuncia:

A maioria das mulheres acontece dessa forma gente! (firmeza ao falar) também fui traída, se não tivesse sido não estaria hoje aqui, com essa doença e o pior é que fui traída pelo meu companheiro (pausa) confiava nele.... nunca passou pela minha cabeça ter que usar camisinha com meu esposo e mesmo assim ele nunca quis usar, somos contaminadas porque acreditamos em nossos parceiros(desinibida). (Jasmim)

A participante Rosa retruca irritada, falando alto

É isso mesmo minha filha, eles nunca querem usar camisinha, faz a gente acreditar que somos as únicas, mas pra falar a verdade eu também nunca que pedi pra ele usar, não desconfiava daquele homem Meu Deus, ele só andava comigo, e ainda me dizia que me amava, que só me tinha, e que camisinha é coisa de gente que não se respeita, e mesmo assim, ele tinha era que ter usado com as da rua, não comigo. (se irrita ao falar). (Rosa)

Nesse momento todas se calam, sendo necessário que eu repetisse o questionamento mais uma vez. Daí Rosa se pronuncia novamente:

Fala minha gente, fica com vergonha não..... eu não tô aqui falando que peguei de meu marido, então, pode falar.....

Lotus então, nesse momento falou:

Peguei a doença com meu noivo, não gosto nem de me lembrar (abaixa a cabeça, faz uma pausa e continua) acho que com a maioria das mulheres deve acontecer assim, confiando, eles também não querem usar preservativo com a gente, a gente pensa que somos as únicas que acontece isso, mas quando a gente vê, várias outras mulheres estão na mesma situação, então é isso... pegamos na relação sexual. (Lotus)

Todas nesse momento enquanto Lotus fala balançam a cabeça, como um gesto de concordância e imediatamente *Orquídea* e *Hortensia* se manifestaram:

Na maioria das vezes pegam na relação sexual com seu parceiro (dificuldade para falar, timidez e medo) naquele dia não queria ter relação com ele, mas parecia que ele tava possuído, tenho certeza que ele me passou a doença naquele dia (choro) sabia que ele andava com outras mulheres na rua, mas achava que com elas ele se protegia por minha causa (choro) mas não, a desprotegia fui eu! Daí fiquei assim, doente, as pessoas também são muito preconceituosas quando dizemos que pegamos a doença com noivo, companheiro, marido, pelo menos comigo é assim.... minhas irmãs quando ficaram sabendo nem me olhavam direito, mas já perguntei a elas se elas se protegem com seus maridos e ficam caladas, fica parecendo que a outra sou eu(Orquídea)

Não tenho dúvidas de que essa situação ocorre com os companheiros, aqui quando converso com outras mulheres vejo isso.... muitas confiaram em seus parceiros, não se protegeram como eu também e estamos aqui..... (pensativa, timidez) e às vezes chega a ser uma coisa também engraçada, eu como mulher me sinto...Aí a mulher outro dia falou assim “esses maridos, levam cada coisa para as mulheres”. Você pegou do marido? Peguei. Mas procurei encurtar a conversa. Mas depois eu fiquei com tanta raiva de mim, mas por que eu tinha de confirmar? O que aquela mulher tinha haver com minha vida? Não sei...Então, é muito difícil pra mim como mulher. (Hortensia)

A fala de *Hortênsia* mexeu com algumas, inclusive com aquelas que até então estavam caladas:

Nhum...porque sua vida muda a partir daquele momento, porque você vai ter regras e um horário agora. Você não pode vacilar mais, entende? Você, sei lá(?) e vai ter que conviver com os remédios é um remédio que tem que carregar no bolso. Se Você vai sair para ir ao teatro, ou ao cinema, depende da hora que for, você tem que carregar o remédio, você tem que comprar uma garrafinha de água pra você tomar no banheiro ou escondida, pra ninguém ficar sabendo, entendeu? Isso é uma diferença das outras pessoas. Me sinto só. (Lírio)

Intervi questionando: Vacilar como?

Você não pode mais ter relação sem camisinha, não pode passar do horário de tomar os remédios, não vacilar mais com a vida entende? (Lírio)

Não larguei dele mesmo depois que soube! Ele me contou (?) meses depois, acho que estava tentando criar coragem. Antes falava sim, transava com ele sem camisinha, mas tem que usar camisinha mesmo a pessoa que tem aids, é uma coisa complicada. Porque exige, eu olho pra mim e pra camisinha vou ter que usar plastiquinho que eu odeio. Tem que usar, odeio. Mas tenho que usar. (Jasmim)

Intervi e questionei: Como assim ele te contou meses depois?

Oxe...ele já tinha uns (pausa) 8 meses que já sabia que tava com Aids, me falou bem depois, e só me contou porque se sentiu mal, fiquei desesperada sem saber o que fazer querendo levar ele pro hospital, daí de tanto eu insistir ele me disse que tava com aids mas que tava se tratando, meu mundo acabou ali, nossa... só sabia de uma coisa, eu também devia tá doente, fui pra casa de minha mãe... olha, foi uma agonia, no dia seguinte fui no posto falei com a médica e ela me passou o teste.(Jasmim)

Mais uma vez silencio.

Falei: e aí gente? Mais alguma coisa?

*Pois é, é dessa forma mesmo pela relação sexual, não tenho dúvidas quanto a isso.... só aqui estamos nós, dizendo que foi com nossos companheiros imagine quantas não existem aí fora? Conheço um monte que nem faz tratamento, já me lamentei muito.... tive muita raiva dele, mas também tive raiva de mim, pensei até em morrer (**timidez e tristeza**) foi uma barra no começo, mas, depois fui convivendo e aprendendo e convivi e hoje não estou mais grilada não..... Cuido direito, procuro cuidar um pouco melhor de mim porque antes eu era mais...(?) mas saber que peguei com meu marido doeu muito. (Lírio)*

Como todas já haviam se pronunciado, dei essa questão por esgotada, já que o silencio se instalou após a fala de *Lírio*.

2. A contaminação é diferente para os homens? Vocês acham que a contaminação acontece de maneira diferente segundo a idade, renda, escolaridade e bairro?

O silêncio então foi quebrado, as participantes ficaram mais a vontade e começaram a responder.

A gente sabe que homem é bicho danado, então com eles pode ser diferente por que eles dizem que não precisa usar camisinha, mas eu não queria logo pegar uma gravidez, e eu não podia também tomar remédio, ele não aceitava usar a camisinha, é por isso que a gente pega fácil, daí com a gente é mais fácil (Jasmim).

*Só é diferente para os homens porque eles usam preservativo se quiserem, a gente não... fica esperando se eles querem usar.... meu companheiro mesmo não gostava de usar então agente não usava... é por isso que tem muita mulher correta se contaminando(**certeza ao se expressar, gesticula muito, nervosismo**); não sei se acontece de maneira diferente, mas vejo mulheres com condição boa, melhor que a minha também contaminada... então acho que pode acontecer com qualquer um. Moro em Pernambuco e sei que existem outras mulheres lá contaminadas por seus parceiros (**face de tristeza**) estudei até o 2º grau, mas já sabia da AIDS, sabia que o preservativo me protegeria, mas a ignorância de meu companheiro não me permitia nem pensar em usar a camisinha, sei que ele iria pensar outra coisa. Ele dizia que se a gente usasse camisinha eu ia ter inflamação e eu tenho muita inflamação no útero(?) (Margarida)*

Após as falas de Jasmim e Margarida criou-se outra agitação entre elas e nesse momento foi preciso que eu intervisse pedindo calma para que todas pudessem falar e se fazer entender.

Eu dizia pra ele: olha se você tiver alguém, você se previne por aí, porque se alguma coisa acontecer aqui em casa, eu pegar uma doença qualquer, eu te mato. Eu sou fiel, né?; eu tenho minha consciência limpa. Agora de repente ele vem e me enche de doença dentro da minha casa, a vontade foi de matar aquele ordinário. Porque dentro de casa não faltava nada (risos), aí de repente a gente descobre que tá doente. Eu fiquei louca. Eu não usava camisinha porque ele não gosta. Ele diz que não se sente bem, eu acho que ele não sente prazer (risos) usando aquele negócio ali (risos) Mas não deu outra, é como se eu estivesse pressentindo, não imaginava que fosse uma Aids, mas com o homem é diferente, ele usa a camisinha quando quer, a gente não, pelo menos, eu ficava esperando por ele, ele pode pegar a camisinha e colocar lá...(risos) sabe? E eu? Se eu fosse pedir pra ele colocar a camisinha ele ia pensar o que? Me dizer o que? Não..... (Orquídea)

O que eu tenho visto hoje é que a mulher tem aceitado com mais naturalidade a outra, então, acho que a mulher deveria se impor mais, pedindo ao homem que use a camisinha, mas negociar a camisinha é muito difícil, daí a mulher pega com mais facilidade do que o homem.(Hortensia)

Questionei: Como assim naturalidade?

Olha... isso pelo meu ver... a mulher hoje, às vezes já sabe até que a outra existe...só não fala logo porque fica com medo de perder o homem, então tem umas que faz vista grossa, não liga, é por isso que disse que a mulher precisa se impor, já que não larga o homem que se posicione falando pra usar a camisinha na relação. (Hortênsia)

*Acho que as mulheres ficam mais expostas, o homem usa a camisinha se quiser, eu mesma tinha vergonha de pedir a ele para usar, mas ... aí no que deu... e também confiava nele, nunca passou pela minha cabeça usar camisinha com ele, se eu só tinha ele, mas ele não só me tinha (**risos nervosos**) ele tinha outras, sabia que ele era descarado mas nunca imaginei ficar doente. Acho que qualquer um pode pegar essa doença, eu sabia da camisinha, mas nunca tentei pedir a ele para usar(**fala pouco, objetiva**) (Rosa)*

*Ele sempre me disse que não ia usar camisinha de jeito nenhum porque a mulher que **ele usa dentro de casa é eu**, sabe que eu não sou doente nem ele também é; que ele não anda com mulher de rua porque ele sabe que as da rua nenhuma são sadia, eu ficava feliz quando ele dizia isso, toda encabulada, mas caí no conto do vigário (risos), na moral, a mulher pega mais fácil, ele entrou já era(?) (risos) eles ainda tem a opção de usar a camisinha, por que se coloca é nele mesmo....mas aí fico pensando por que ele não usou com a mulher da rua? (Lírio)*

Nesse momento intervi mais uma vez repetindo a pergunta, para que elas lembrassem o que realmente estava sendo perguntado e imediatamente Jasmim e as outras trouxeram com a resposta.

*Acho que a mulher hoje tá se contaminando mais do que o homem, independente de qualquer coisa, nunca me esqueço do que ele me dizia (**choro**) que se eu usasse camisinha com ele era porque eu não amava ele, tive que dá a prova a ele de que amava né? Agora tô doente igual a ele.(**face de conformidade, tristeza ao falar do companheiro**) (Jasmim)*

*É diferente para o homem porque é ele quem passa para a gente acho que tem mais homem contaminado do que mulher, mas tem muita mulher também, mulher é uma coisa só (?), até nas novelas a mulher é enganada..... (**risos**) então.... pra mim não tem essa de que porque tem dinheiro não pode pegar AIDS, conheço uma mesmo que tem condição e mesmo assim se contaminou e foi do marido viu? (Orquídea)*

Eu pra mim só pode ser mais homem do que mulher, mas as mulheres estão ficando muito com essa doença e pra mim é pegando de seus homens, eu mesma não gostava de usar camisinha, achava como ele, que é chupar bala com papel, e fui né.... só é diferente porque a mulher se entrega logo pro homem, ele vem com aquela conversa a gente confia e pronto, é nosso homem não tem como não confiar, ele também não quer

usar camisinha, e pra mim pode acontecer com toda mulher, pra mim não tem diferença não..... (**Conformação, tranquila**) (Hortensia)

Acontece mais com as mulheres, agente é boba (face de raiva nervoso) , confia demais neles, eu mesmo confiei no meu , sabia que a Aids existia mas não achava que eu pegaria, confiava nele, né? (Lótus)

Sabe, tem outra coisa, nunca conversamos. Não sei, nunca passou pela minha cabeça assim, sentar, conversar (pausa) a preocupação dele mesmo é só com filho, pra não ter mais filho, porque a renda mensal é pouca. Mas de doença assim mesmo, ele não falava não... fico pensando se o motivo de eu estar assim não é porque eu não conversava com ele, é por isso que acontece com a mulher, a gente também nem tenta conversar (Margarida)

Diante desse posicionamento de Margarida algumas imediatamente se posicionaram:

É.. comigo e meu companheiro não tem muita conversa sobre isso não, nunca teve, nem depois que fiquei doente, ele sabia que eu tomava remédio pra evitar, então ficava por isso mesmo, nem eu também nunca pedi pra usar a camisinha porque eu já sabia que ele não gostava, a gente tem que satisfazer o homem né? Acho que isso também ajuda a mulher pegar mais a doença. (Jasmim)

A gente conversava sobre sexo e tal, mas nem ele falava de camisinha e nem eu, desde o início que tivemos relação sem camisinha, acho que foi amor a primeira vista, eu era tão apaixonada por ele..... cega (pausa), nossa conversa era só que eu não podia engravidar, então tomava injeção pra evitar, nunca conversamos sobre doença, usar camisinha....essas coisas (Lótus)

Ouvindo vocês me lembrei que eu e meu marido pouco conversava, a gente pouco conversa, mesmo depois da doença, também nunca disse a ele pra usar camisinha, mas no fundo eu também não queria, não me importava, é, acho que conversar pouco com nosso homem também pode, sei lá, é isso, a mulher acaba pegando mais essa doença, não importa se ela é branca, preta,tem dinheiro ou não tudo isso que a gente falou aqui mostra que a gente pega mais fácil do que eles (Hortensia)

Pra mim os homens tem mais a doença do que as mulheres, eles se contaminam mais, só que acabam passando pra sua mulher de casa, com a mulher de casa não usa camisinha não é? (**risos**) ele não usou nem comigo e nem com as outras, por isso estamos doente (**tristeza**) , eu acho que como aconteceu comigo pode acontecer com qualquer uma, independente de qualquer coisa. (Lírio)

Lírio foi a última participante a se calar diante desse ponto questionado, como percebi que já estavam entediadas entrei com o próximo questionamento.

3. O que poderia ser feito para proteger as mulheres da contaminação pelo HIV? Que ações de saúde reduziriam a infecção?

Olha, nós, mulher, precisamos muito mais de ter cuidado, porque nós, somos dona de casa, não temo tempo de sair pra farriar e cair na gandaia. O homem não, o homem tem tempo pra tudo, pro seu trabalho, tomar uma cervejinha, arranjar um rabo de saia por aí e sair. Então a gente não sabe o que ele tá fazendo lá fora e nós que tá dentro de casa, nós temos que ficar mais atenta sobre isso, né? Então nas horas que tá passando propaganda na televisão, e nos tamo assistindo, deveria passar alguma coisa pra gente sobre isso né? O governo deveria mostrar mais na televisão que a camisinha deve se usar a todo momento, em casa, na rua, pra que homem e mulher possa ver e dessa forma menos mulher se contamina. (Lírio)

Depois de Lírio elas começaram a falar uma após a outra e pedi calma mais uma vez, percebi que os ânimos estavam aflorados, pois todas queriam falar até mais de uma vez, elas começaram a se posicionar e a dizer de forma elas achavam que poderiam ser protegidas.

*Eu acredito que os profissionais de saúde tentando explicar e convencer a nós usarmos camisinha com nossos parceiros e não só com a gente mas também com eles, dizer que se eles forem fazer besteira (**risos nervosos**) se forem fazer sexo com outras mulheres que devem usar a camisinha para não contaminar a sua mulher, a gente né? (Margarida)*

Eu acho que a mulher é quem deve tomar a iniciativa para isso (?). Você sabe que o homem é mais o macho, então ele não tá nem aí. Nós tinha era que ficar cobrando deles mesmo. Se não tiver cobrando, ele nem liga, o povo da saúde deveria era ensinar nós a agir assim, a gente tinha era que aprender a conversar com eles e a colocar a camisinha e só dá se fosse com ela (risos) (Orquídea)

*Acho que o pessoal da saúde poderia conversar com os homens, explicar da camisinha, falar tudo sobre ela para eles e dizer que usar camisinha com suas mulheres protege também, os homens deviam aprender a só fazer sexo com camisinha (**risos**) (**clareza ao falar**) (Rosa)*

Também acho que, eu gostaria que o pessoal da saúde me explicasse alguma coisa, porque a gente está desinformada. Tinha que ter uma pessoa só pra explicar tudo pra gente, pra orientar, dizer como usar a camisinha, como conversar com o homem da gente, eles sabem mais essas coisas (Lótus)

*O homem acha que com sua mulher ele não deve usar camisinha e se eu peço, fica parecendo que tou com outro (**convicção**) o governo devia botar na cabeça desses homens que a camisinha deve ser usada em qualquer momento ou situação, acho que só assim os homens acreditariam. (Jasmim)*

A mulher tem é que se prevenir, tem que ir à luta, porque senão quem vai sofrer mais é ela, mais que o homem. O homem pode sofrer, mas não do tanto quanto a mulher sofre. A mulher cuida da casa, a mulher que faz as coisas pro homem. Tem homem que não faz nada pra mulher. Tem homem que não tá nem aí pra mulher, aí a mulher vai se acabar mais primeiro do que o homem? A mulher morre e o homem fica aí pras outras, não.... o governo tem é que ajudar as mulheres donas de casa a se prevenir, ensinando como falar pra ele pra usar esse troço dessa camisinha, ensinar pra gente, e conversando com os homens também que se a mulher de casa pedir pra usar a camisinha não é porque ela tá traindo ele, é porque ela sabe que ele pula a cerca. (Margarida)

*O governo fazer com que os profissionais da saúde conversem mais com os homens, eles só conversam com a gente tudo é mais voltado para mulher, mas quem contamina a gente é eles, não adianta a gente dizer a eles que tem que usar camisinha, eles acham outra coisa (**nervoso, balança a cabeça enquanto fala**) (Lótus)*

*Confiava no meu parceiro, nunca imaginei disso acontecer (**pausa**) a única maneira seria falar com os homens, convencer eles de que usar camisinha com suas mulheres é respeito também, mas eles precisam ouvir de pessoas da saúde para que eles acreditem(**angustia no expressar**) (Orquídea)*

Também acho que o trabalho educativo da equipe de saúde podia ser melhor. Ter uma participação maior nas comunidade mais carente. Essas pessoas sendo mais visitada. São poucas as pessoas que têm informação. Então eu acho que ainda falta assim muita coisa deveria ser melhor, orientação. (Rosa)

*Quando vi aqui outras na minha mesma situação tomei um susto (**espanto**) pensei que acontecia com poucas, o culpado são eles (**expressão de tristeza**), os homens, eles é que precisam de orientação , para que assim não tragam a doença para suas mulheres (**pensamento longe**) (Hortensia)*

A gente vai no posto de saúde, dificilmente vê alguém falando de Aids. Eu acho que alguém da saúde, assim, as enfermeiras, a doutora, devia marcar reunião com nós e com os homens também assim, ta entendendo? “Olha, hoje vai ter uma reunião em tal lugar com a Dra. Fulana, pra gente falar sobre esse casais que devem usar camisinha”(risos) (Jasmim)

*(risos) (**nervosismo, face de desilusão**)nem sei se daria certo, mas a alternativa seria orientar os dois, sei que nós somos mais orientadas do que eles mas acho que deveria ser com o casal, ficaria logo claro, talvez assim desse certo. (Lírio)*

TRANSCRIÇÃO DO GRUPO DE RELAÇÃO HETEROSSEXUAL NÃO ESTÁVEL

1. Como as mulheres de salvador são contaminadas pelo vírus HIV? Como essa contaminação acontece em geral?

As participantes desse grupo entraram menos inibidas, e logo no primeiro questionamento se pronunciaram.

Ah.... sei lá..(descaso) é porque pinta o clima com a pessoa e a gente se envolve mesmo, nem lembra de camisinha, a gente confia, eles também acabam confiando na gente também, é isso. (Girassol)

Em primeiro lugar, eu queria dizer que eu não me sinto vítima da Aids, me prostituí durante um tempo porque saí cedo da casa de meus pais, mas se alguém passou pra mim foi porque eu permiti, não me preveni, então não adianta agora eu reclamar, daqui pra frente é buscar tratamento e continuar a vida. (Anis)

Depois dessa fala de Anis as demais começaram a dar seus depoimentos uma após a outra, sendo que às vezes ocorria ao mesmo tempo, tive que voltar a fita em alguns momentos para identificar algumas falas e partes por conta de algumas interrupções

Pra mim, quero dizer que o início foi muito difícil, quando eu descobri estava muito debilitada mesmo, cheguei a pesar menos que 40 quilos e quando eu fui fazer o exame para descobri eu já estava com tuberculose e pneumonia, depois de 15 dias voltei para casa e com as medicações voltei a engordar, então tomei a decisão de querer conhecer quem era meu inimigo, contra quem eu tinha que lutar, daí comecei a procurar informação, estudar, como a colega aí falou a pouco, eu tinha vários ficantes, não me preocupava muito com essa questão da camisinha, então a culpa foi minha também, quando a mulher permite que a relação aconteça sem proteção ela também é culpada.(Acácia)

Cravo interrompeu Acácia para falar

O povo sempre achou que Aids era coisa de gay, homossexual, mas isso não vale mais, eu costumo dizer que informação não falta, as pessoas tem é preguiça de procurar as informações, eu sempre digo, eu tenho Aids, não sou doente, sou saudável, pequei porque me descuidei, sou culpada, sim e não culpo ninguém, transei sem camisinha e sou responsável por isso. (Cravo)

Quando a médica veio me dar o resultado ela me perguntou tá preparada pro resultado positivo? Eu falei, estou, eu sabia da vida que levava, eu tinha que encarar e não sair por aí culpando a,b,c ou d. Nunca me droguei ou ingeri bebida alcoólica, sei que

contraí a Aids pela relação sexual sem proteção, tenho consciência disso. Tô viva, quero é ser feliz (Alecrim)

*A maioria é com algum cara que conhece e nem sabe muito dele, confia e tem relação sem usar nada sabe...no meu caso mesmo conheci o cara na praia, a gente ficou no clima e rolou...na verdade eu descobri que estava infectada por um acaso, não tinha ninguém fixo, não sei que foi e nem quero saber, sei que foi em alguma relação dessas (**naturalidade**). (Alfazema)*

Gardenia interrompeu Alfazema para falar

*Depois que eu ouvi falar em AIDS passei até a usar camisinha. Podia ser ... aí que eu desconfiava de um cara ou outro mas quando era um carinho num carrão, (**risos nervosos**) nem desconfiava e tinha relação sem camisinha mesmo.....a vida não pode parar depois disso, pelo contrário você tem que lutar cada vez mais e mostrar para você mesmo que está vivo. (Gardenia)*

Tive muito medo no início de contar para as pessoas, eu me escondia muito, a Aids não é como uma gripe, como um câncer, ela tem uma marca, parece que quem tem Aids não presta, é essa a ideia que sinto, e eu me infectei porque fiz sexo sem proteção, não culpo ninguém, fazer sexo não é nenhum pecado, o pecado foi fazer sem proteção.(Girassol)

Alecrim interrompeu Girassol

Eu achava que por ter Aids eu estava a partir daí decretada a viver sozinha, então aprendi que o HIV não tinha posto um fim na minha vida, mas tinha dado um novo recomeço, a vida teve um ressignificado após a Aids e consigo hoje conviver com isso, mesmo sabendo que contraí em uma relação sem camisinha.(Alecrim)

*Sempre é por a gente confiar neles em alguma coisa (**angústia**), o cara que eu saía ele dava uns picos, coisa e tal, ficava doidão de vez em quando, mas eu não imaginava dele ter essa doença, um dia ele me disse: “se morre por tantas coisas, porque não morrer por amor!” achei lindo aquilo dele e aí fizemos sem camisinha dessa vez.(Cravo)*

*Fiquei com uma pessoa aí na primeira vez que tentamos colocar a camisinha, acho que ele ficou meio nervoso, então a gente tentou uma vez, não deu, tentamos duas, não deu aí a terceira também não deu. Aí na quarta fui perdendo a paciência (**risos**) joguei a camisinha pro lado e disse: “vai ser sem ela mesmo”.....(Alecrim)*

*Caras casados também têm HIV sabia? (**pausa**) Me envolvi com um cara casado que me passou a doença, é assim, mesmo não tendo compromisso às vezes a gente esquece, confia.... (Anis)*

A maioria pega porque não se cuida na hora de ter relação aí fica com alguém.... se envolve, ele tenta usar a camisinha às vezes, mas aí não consegue né... a gente fica naquela agonia e acaba acontecendo.... (Acácia)

Ao fim dessa fala de Acácia para que não ficasse repetitivo e as participantes começassem a desviar a foco, entrei com o próximo ponto.

2. A contaminação é diferente para os homens? Vocês acham que a contaminação acontece de maneira diferente segundo a idade, renda, escolaridade e bairro?

Nesse ponto todas foram se pronunciando, falando sobre suas experiências e expectativas, não tinha como pará-las, foi um turbilhão de falas junto com sentimentos que me fizeram voltar a fita alguns momentos.

*Acho que não, da mesma forma que eles se envolvem, acontece com a gente também, acho que qualquer mulher pode pegar, e só acontecer, rolar... estar desprotegida, como disse antes, não há culpados, somos responsáveis pelo que fazemos, pegar Aids se relaciona com proteção, e para se proteger é preciso ter atitude (**frieza**) (Girassol)*

Olha, (risos) o homem é diferente por natureza, ele é o machão, quer mandar, acha que pode pegar todo mundo, mas a grande maioria deles tem uma mulher esperando por ele em casa, o problema está aí, a maioria dos caras com quem me relacionei eram casados, quando fiz o teste não sabia há quanto tempo estava contaminada, assim, entende? Então tanto peguei possivelmente de algum homem casado como também posso ter passado para algum. (Anis)

Imediatamente após a fala de Anis, Alfazema se posicionou e logo em seguida as demais também trouxeram seus relatos:

*Com eles é diferente porque eles é que vem com aquela conversa e enrola a gente, não querem às vezes colocar a camisinha e a gente aceita né?! mas no fundo a gente também não quer usar, tudo é o momento, cada um é responsável pelo o faz, concordo quando se diz que não tem culpado, a gente permitiu também, eu nem sei lhe dizer com quem peguei a Aids, e nem quero saber (**pensativa**) Não tem essa de que mulher pobre é quem pega Aids, pega Aids quem não usa camisinha, tinha um bando de amiga patricinha que também não usava, e aí? Tem é muita garota incubada por aí que ninguém sabe, mas tem a Aids (Alfazema)*

Sempre achei que ser homem era bem mais fácil, que eles podiam fazer o que queriam, mas a gente também pode, é uma questão de escolha, não se pode dizer que fulano ou cicrano não queria usar a camisinha e por isso me contaminei, eu não usei, ninguém me forçou nada, o homem seduz, conversa, enrola, mas não obriga, transei por que quis. (Acácia)

Acho que a mulher pega mais porque confia mais, se entrega mais mesmo não conhecendo bem o cara, também tem horas que eles não sabem colocar a camisinha e eu mesmo ficava com vergonha e acabava deixando pra lá.... acho que foi por isso que peguei. Acho que qualquer uma pode passar por isso, é como se fosse uma loteria, mas pra você ganhar o prêmio tem que se proteger e eu não fiz isso, hoje consigo ver assim, mas antes, era muito difícil (pausa) (Gardenia)

Homem e mulher pra mim estão pau a pau, não tem essa de que ele está passando mais do que ela, você precisa sair na noite e ver a quantidade de mulher que tem por aí só querendo transar, não quer compromisso e nessa acontece, poxa, hoje eu tomo seis comprimidos por dia, tive muita reação a esses medicamentos, olha o preço que estou pagando hoje por ter tido, sei lá, uma, duas, três transas sem camisinha, em uma delas com certeza eu peguei a Aids, não adianta dizer que é só o homem, é muito fácil agora, falar isso, temos a nossa culpa. (Alecrim)

Pra eles é diferente, a gente só pega porque confia, acha que porque o cara é legal que ele não tem a doença e....assim como foi comigo, várias garotas também pegam dessa forma, ele não colocou a camisinha, mas eu também não pedi, falo ele, mas nem sei com quem foi, sei que fiquei com alguns caras e tive relação sem camisinha. (naturalidade) (Cravo)

Eu achava que a Aids não tinha nada haver comigo, via pela televisão e não achava que estava próximo de mim, um belo dia me senti mal e caí no banheiro de casa, fui levada ao hospital e lá o médico me disse na maior naturalidade, você está com Aids, não sabia? Fiquei pasma, sem ação, então, quando me lembro desse dia hoje, percebo o quanto fui responsável por isso, a Aids não te escolhe, você que vai até ela, então qualquer um pode pegar, ninguém está livre, e me tratando hoje, levo uma vida normal e tranquila.(Alfazema)

Eu acho que é.... acho que eles estão mais contaminados do que nós eu não tinha a doença, só peguei porque fiquei com alguém.... usava camisinha às vezes e nem todos queriam, ia sem mesmo, mas ninguém me forçou a não usar, levo uma vida normal hoje, apenas uso meus remédios e uso camisinha é claro (Alecrim)

*Esses caras são terríveis (**euforia**) querem apenas nos usar, dizem que usar camisinha é chupar bala com papel, dizem que esqueceram de colocar e a gente entra na onda e não usa.... qualquer uma pode pegar não tem essa de sou melhor e tal... (**fala alto**) confiou no cara e acabou! (Anis)*

*Rapaz... (**risos**) eles já chegam com a doença então acontece mais com eles, mas a gente deixando eles não usar camisinha, a gente vai ficar igual a eles. Pra mim ninguém esta livre desse mal..aconteceu, é um tiro no escuro, você olha pro cara e não imagina que ele tem Aids, a solução é a camisinha, me importava apenas em não engravidar, não me preocupava com doença, do nada um dia fui fazer uns exames de rotina e me vi com o resultado positivo na mão,nossa! Parecia que o buraco imenso no*

chão tinha se abrido, pensei logo que ia morrer que não tinha mais solução pra mim, tentei ficar repassando na minha cabeça com quem eu poderia ter pego, mas não adianta, ninguém tem cara de Aids. (Acácia)

Der repente todas fizeram silencio ao mesmo tempo, aproveitei para realizar a 3ª pergunta.

3. O que poderia ser feito para proteger as mulheres da contaminação pelo HIV?
Que ações de saúde reduziriam a infecção?

Imediatamente *Girassol se pronunciou:*

(risos) sei lá, conversar com todos mulher e homem para andarem com a camisinha e ensinar a gente a colocar também né? Porque se eles não conseguem colocar aí a gente coloca, acho que o pessoal da saúde deveriam conversar mais, orientar nós e eles a usar a camisinha. (Girassol)

Depois de *Girassol* o silencio veio novamente e então repeti a pergunta, instigando que elas participassem, disse que a opinião delas era importante.

Sinceramente (pausa) não sei... aqui mesmo é um lugar que me ajuda, tem que ter mais conversa com todos, todos devem se prevenir, ah deveria ter também distribuição de camisinha em outros lugares, praia, até no shopping deveria ter. As medicações que recebemos já são uma benção, não sei o que seria de mim sem elas, então vejo que a equipe de saúde deveria aconselhar mais, fazer mais palestras, levar informação para as pessoas, não só dar a camisinha, não adianta dar e a pessoa não saber usar(Alfazema)

Girassol interrompe e fala em voz alta:

E falar da importância da camisinha também, muita gente não sabe o que aquele plástico pode fazer, ele nos protege, não deixa que a Aids entre no nosso corpo, e acho que isso tem que ser dito, tem que dizer as pessoas o que é a Aids, o povo não sabe, levar gente que tem Aids, como nós para falar pra eles como a doença mudou nossa vida. (Girassol)

Alecrim parece concordar com *Girassol* e completa bem em cima da fala de *Girassol*:

Sim...mas deveria ter mais reuniões pra falar de tudo da Aids e também a televisão deveria falar, outro dia vi uma reportagem no Fantástico falando só da Aids, vi pessoas que tem a doença como eu falando de muita coisa que aconteceu comigo, mas não é dessa forma, devia ter propaganda, só vejo propaganda no carnaval, depois pára, tinha que continuar pra alertar o povo.(Alecrim)

É...(concordando) a televisão, também acho importante, propagandas, também acho que não só no carnaval, mas todo o momento, todo mundo vê novela, na hora da novela é que deveria passar as propagandas sobre a Aids e a camisinha.(Anis)

De repente, após um minuto de silêncio elas começaram a falar ao mesmo tempo, como se estivessem uma debatendo com a outra.

Às vezes chego no posto e pouca camisinha é dada... acho que mais preservativos deveriam ser distribuídos, não é só chamar a gente mulher para conversar, chamar eles também, os homens, são eles que passam mais a doença pra gente não é? Então.. tem que conversar nas escolas, com as pessoas nos bairros.. se eu pudesse voltar atrás (tristeza). (Gardenia)

Eu acho que mais distribuição de preservativos ajudaria, mas não só para os homens, para nós também, vejo os postos darem mais para os homens do que para as mulheres, o que adianta dar a eles se eles não usam, não sabem usar? (Cravo)

O trabalho deles é alertar, incentivar as pessoas a usar a camisinha. Eles têm um programa das mulheres receberem o remédio anticoncepcional ou camisinha e os homens também. Eu acho que o básico estão fazendo, mas mesmo assim precisavam reunir as pessoas para informar que a Aids necessita de proteção, que não adianta sair transando por aí sem se proteger e achar que não pode pegar a Aids, é como atirar no escuro.(Acácia)

Deveria ter mais propagandas, distribuir mais preservativo em todos os locais, não só no posto; show deveria ter, praia, shoppings orientar como usar, nem todo homem sabe usar, e olha que são eles que mais pegam no posto. Antes de qualquer um pegar a camisinha deveria era mostrar como se coloca (risos) mas mostrar mesmo, porque eu acho que muita gente não usa porque não sabe colocar(Alecrim)

Eu acho que todos, mulheres e homens, também têm que se interessar de ir, ouvir o que o pessoal lá no posto fala, têm que espalhar mais. Só que as mulheres é assim: uma vai, a maioria não. Tem que se interessar de ir, pra assistir, saber o que tá acontecendo, vê o que a doutora fala, a enfermeira, o povo também não se interessa.(Cravo)

Sinceramente eu nem culpo o profissional de saúde não, porque o povo também fica em casa, né, raramente participa. O pouquinho que a agente de saúde passa pela gente, ela diz: “Vão no posto, tá tendo distribuição de camisinha, tá tendo remédio”. Dessa maneira ela tá divulgando, né? Agora, quem quiser que também vá no posto, o pessoal acha que é besteira, que nunca tem tempo para ir nas palestras mas a acomodação é que mata a pessoa.(Gardênia)

Também acho que outros locais deveriam ter camisinha, isso diminuiria mais, tem que ter panfleto dizendo como usar a camisinha, hoje eu sei que é ela que mais protege, antes eu não tinha tanta noção assim então tem que dizer, conversar, mostrar como usar a camisinha, entende? (Anis)

Eu acho que deve colocar na cabeça tanto do homem como da mulher que sexo só com camisinha... (fala alto) porque quem vê cara não vê Aids não é? Às vezes você conhece alguém em um lugar, rola um clima e acontece sem camisinha mesmo e você nem pensa no depois, só ali... naquela hora, então tem que conversar, mostrar, ter distribuição em outros lugares que não só o posto eu acho que isso ajudaria muito. (Acácia)

Após o depoimento de Acácia elas parecem ter se exaurido o que fez com que a discussão findasse.