

Mulheres Negras e HIV: determinantes de vulnerabilidade na região serrana do estado do Rio de Janeiro

Black Women and HIV: vulnerability determinants in highland region of Rio de Janeiro

Verônica Santos Albuquerque

Enfermeira. Mestre em Microbiologia. Doutora em Saúde Pública. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem e de Medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO).
Endereço: Av. Alberto Torres, III, Alto, CEP 25964-004, Teresópolis, RJ, Brasil.
E-mail: veronicatere@gmail.com

Ednéia Tayt-Sohn Martuchelli Moço

Médica. Mestre em Educação. Diretora do Centro de Ciências da Saúde do Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO).
Endereço: Av. Alberto Torres, III, Alto, CEP 25964-004, Teresópolis, RJ, Brasil.
E-mail: edtsm@terra.com.br

Cláudio Sergio Batista

Médico. Mestre em Efetividade em Saúde Baseada em Evidências. Doutorando em Ciências da Saúde pelo Programa de Medicina Interna e Terapêutica da Escola Paulista de Medicina (EPM-UNIFESP).
Endereço: Rua do Imperador, 288, sala 908, CEP 25620-000, Petrópolis, RJ, Brasil.
E-mail: csergiobatista@gmail.com

Resumo

Trata-se de estudo de base quantitativa que teve como objetivo central analisar componentes socioculturais e comportamentais relacionados ao processo de vulnerabilização ao HIV/aids a partir da percepção de mulheres negras na região serrana do estado do Rio de Janeiro. Para tal, foram entrevistadas 1.464 mulheres negras dos diferentes municípios que compõem essa região. Os principais determinantes que marcaram com maior intensidade a vulnerabilidade dessas mulheres associaram-se aos seguintes fatores: baixa escolaridade, renda e, conseqüentemente, acesso a bens e serviços, baixo índice de uso sistemático do preservativo e percepções de gênero, que reforçam a menor autonomia feminina na tomada de decisões protetoras.

Palavras-chave: Vulnerabilidade; Mulheres negras; HIV/aids.

Abstract

This quantitative study aimed at analyzing social, cultural and behavioral components related to HIV vulnerability from perception of black women who live on a specific region of Rio de Janeiro - the highland area. For that, 1,464 black women from different towns of this region were interviewed. The main components that influenced vulnerability of these women could be associated to some factors, like: poor schooling, poverty, and consequently a difficulty to access property and services, low rates of using condom appropriately and some gender perceptions that reinforce women's autonomy on protection decisions is very short.

Keywords: Vulnerability; Black Women; HIV/AIDS.

Introdução

Para a reflexão sobre os componentes que determinam a vulnerabilidade de mulheres negras ao vírus da imunodeficiência humana (HIV), foi adotado o conceito de vulnerabilidade, a partir da definição de Ayres e colaboradores (1999), que a significa como: “as diferentes suscetibilidades de indivíduos e grupos populacionais à aids, resultantes do conjunto das condições individuais e coletivas que os põem em maior ou menor contato com a infecção e com as chances de se defender dela”.

Sobre a infecção pelo HIV, Mann (1993) infere que o comportamento individual é conectado socialmente, variando durante toda a vida da pessoa (por exemplo, comportamento sexual na adolescência, na meia-idade e na terceira idade), mudando em resposta a história e experiência pessoal fortemente influenciada por indivíduos-chave (família, parceiros, amigos), comunidades e entidades sociais e culturais mais abrangentes, como religiões e estados-nações. Portanto, ao avaliar a vulnerabilidade, é importante considerar a vida social, a comunidade, além de fatores nacionais e internacionais que possam influenciar as suscetibilidades pessoais durante o curso de uma vida.

O conceito de vulnerabilidade pode ser resumido como o movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos e contextuais que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos.

Nesse contexto, a vulnerabilidade na população feminina negra no Brasil merece um olhar especial, já que ela pode estar ampliada, tendo em vista o somatório das discriminações resultantes das iniquidades raciais e de gênero, que atingem diretamente a mulher negra, tornando sua situação particularmente dramática (Inspir, 2000). No que se refere à vulnerabilidade ao HIV em mulheres negras, Werneck (2001) traz à tona a discussão das desigualdades que atingem essa população no Brasil. Nesse sentido, constata-se a presença de uma tríplice discriminação: o fato de ser mulher, negra e pobre.

Cabe ressaltar que este estudo relaciona a desigualdade à vulnerabilidade, não como sinônimos, mas como fator predisponente.

A desigualdade entre os gêneros aparece em diversos contextos individuais e coletivos. São inúmeras as situações de exclusão das mulheres em instâncias de poder e decisão na vida pública e privada. As mulheres recebem salários menores do que os homens para o mesmo trabalho e são a maioria dos casos de pessoas atingidas pela violência doméstica e sexual. No cotidiano, as mulheres têm menor liberdade de agenciamento da sua própria vida sexual, como também têm menos poder de decisão acerca do uso do preservativo pelo parceiro sexual. Vale ressaltar, nesse ponto, que o principal método disponível para a prevenção da aids é de controle e uso masculino.

Considerando-se que a desigualdade racial tem sido um fator de influência e/ou determinação do lugar do indivíduo na sociedade, definindo seu acesso, maior ou menor, a riqueza, escolaridade, moradia, bens públicos, serviço de saúde, informação, entre outros, pode-se visualizar sua participação na possibilidade de maior incidência do HIV sobre a população negra.

A vulnerabilidade da população negra à infecção pelo HIV seria consequência também da violência estrutural que incide de modo mais perverso sobre o grupo, principalmente nas comunidades pobres. A exclusão social, à qual os afrodescendentes estão submetidos, influencia também o desenvolvimento e a continuidade dos programas de prevenção.

O Brasil tem um dos melhores programas de prevenção e tratamento do HIV/aids do mundo. No entanto, esse nível de excelência não tem sido suficiente para impedir a feminilização da epidemia; e mais, a feminilização negrófila (Werneck, 2001).

O primeiro passo para enfrentar de modo eficaz a epidemia do HIV na sociedade brasileira é reconhecer os diferentes níveis de vulnerabilidade que fragilizam de maneira mais intensa segmentos específicos da sociedade. E, principalmente, no que se refere à vulnerabilidade das mulheres negras, é preciso reconhecer a força com que fatores como escolaridade, pobreza, habitação, concepções e percepções individuais e coletivas concorrem para expor cada vez mais as mulheres negras ao risco de contrair o vírus.

Assim, o objetivo deste estudo foi analisar componentes socioculturais e comportamentais relacionados ao processo de vulnerabilização ao HIV/aids a partir da percepção de mulheres negras na região serrana do estado do Rio de Janeiro.

Metodologia

Trata-se de estudo com abordagem quantitativa, que pode ser classificado como descritivo, exploratório, com recorte transversal (Tobar e Yalour, 2001). A população-alvo é formada pelas mulheres negras (pretas + pardas), residentes em municípios que compõem a região serrana do estado do Rio de Janeiro, segundo o Plano Diretor de Regionalização (Noas 2001/2002). O Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE, 2005) - questionário da amostra - estimou a população feminina de cor negra residente nessa região no ano de 2000 em 125.388 mulheres, com distribuição pelos 16 municípios, como apresentado na tabela 01.

O plano de amostragem proposto neste estudo previu a seleção de uma amostra aleatória representativa para cada uma das microrregiões de saúde (Serrana I - SR I, Serrana II - SR II, Serrana III - SR III) da Região Serrana, tendo sido considerado o cálculo do tamanho das amostras, erros esperados de amostragem das estimativas a serem calculadas da ordem de 4,5% e alocação das unidades de amostragem dentro de cada microrregião, proporcional aos municípios que a compõem. Com isso, no caso de SR I, $n_1 = 488$, no caso SR II, $n_2 = 487$ e no caso SR III, $n_3 = 489$. A amostra global, resultado do somatório das três subamostras é igual $n = n_1 + n_2 + n_3 = 1.464$, distribuída pelas microrregiões da Região Serrana.

Os dados foram coletados através de entrevista individual, mediante a assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido, tendo por base instrumento contendo questões que abordaram determinantes socioculturais e comportamentais que vulnerabilizam em maior ou menor grau essas mulheres. As entrevistas foram realizadas no período de maio a novembro de 2007.

As entrevistas foram realizadas através de visitas domiciliares em diferentes grupos de bairros dos municípios da Região Serrana, a partir da amostra selecionada em cada microrregião de saúde, conforme tabela 2.

Tabela 1 - Distribuição da população residente feminina e proporção (%) de mulheres pretas/pardas, segundo raça/cor e microrregiões de saúde - Região serrana, 2000

Raça/Cor	Preta/ Parda (A)	Outras	Total (B)	Proporção A/B
<i>Petrópolis</i>	41.152	107.271	148.423	27,7
Subtotal 1: Serrana I	41.152	107.271	148.423	27,7
Carmo	2.669	4.975	7.644	34,9
Guapimirim	9.694	9.314	19.008	51,0
São José do Vale do Rio Preto	2.264	7.344	9.608	23,6
Sumidouro	1.618	5.263	6.881	23,5
<i>Teresópolis</i>	19.852	51.118	70.970	28,0
Subtotal 2: Serrana II	36.097	78.014	114.111	31,6
Bom Jardim	1.925	9.220	11.145	17,3
Cachoeiras de Macacu	11.600	12.497	24.097	48,1
Cantagalo	4.106	5.818	9.924	41,4
Cordeiro	3.702	5.834	9.536	38,8
Duas Barras	1.798	3.221	5.019	35,8
Macuco	1.194	1.343	2.537	47,1
<i>Nova Friburgo</i>	17.837	71.300	89.137	20,0
Santa Maria Madalena	2.271	2.864	5.135	44,2
São Sebastião do Alto	1.809	2.310	4.119	43,9
Trajano de Moraes	1.897	3.004	4.901	38,7
Subtotal 3: Serrana III	48.139	117.411	165.550	29,1
Total: Região Serrana	125.388	302.696	428.084	29,3

Fonte: Sidra/IBGE, a partir dos dados do Censo Demográfico do IBGE (2005), disponível em: "www.sidra.ibge.gov.br". Acesso em: 27 de outubro de 2005.

Tabela 2 - População feminina de cor/raça parda ou negra, amostra selecionada e fração de amostragem (%) segundo microrregiões de saúde – Região Serrana, 2000

Microrregiões	População (A)	Amostra (B)	Fração de amostragem (B)/(A)
Subtotal 1: Serrana I	41.152	488	1,19
Subtotal 2: Serrana II	36.097	487	1,35
Subtotal 3: Serrana III	48.139	489	1,02
Total: Região Serrana	125.388	1.464	1,17

Fonte: Sidra/IBGE, a partir dos dados do Censo Demográfico do IBGE (2005), disponível em "www.sidra.ibge.gov.br". Acesso em: 27 de outubro de 2005.

Os dados foram organizados em programa de edição de planilhas - *Microsoft Excel 2003* - com cálculo das frequências relativas para cada variável. Os percentuais das tabelas univariadas geradas foram analisados à luz de referenciais que abordam as relações de gênero e raça diante da vulnerabilidade ao HIV.

Para essa análise, as variáveis foram relacionadas a duas dimensões do conceito de vulnerabilidade, segundo Ayres e colaboradores (2003), especialmente ao seu componente individual, que diz respeito ao grau de informação e capacidade de elaborar e incorporar essas informações ao repertório cotidiano de preocupações e ao componente social, que se

refere ao acesso a escolarização, disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar decisões, existência de coerções violentas como fatores que influenciam na capacidade de incorporar mudanças práticas protegidas e protetoras.

Cabe ressaltar, ainda, que a pesquisa que gerou este artigo respeitou os princípios éticos previstos na Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, e foi aprovada pelo Comitê de Ética da Fundação Educacional Serra dos Órgãos, em 13 de fevereiro de 2006 (número de protocolo: 018/2005).

Resultados e Discussão

Considerando os três componentes interligados que constroem a vulnerabilidade - individual, social e programático (Ayres e col., 2003) -, os fatores que constituem o componente social apresentaram resultados referentes à escolaridade, à renda e à inserção no mercado de trabalho, sendo importantes variáveis para análise.

Tabela 3 - Mulheres negras entrevistadas (n e %) segundo escolaridade

Escolaridade	n	%
Ensino Fundamental incompleto	327	23,2
Ensino Fundamental completo	502	35,6
Ensino Médio incompleto	243	17,2
Ensino Médio completo	176	12,5
Ensino Superior incompleto	111	7,8
Ensino Superior completo	52	3,7
Total	1.411	100

Mais da metade das mulheres entrevistadas (829/1.464) possuía apenas o Ensino Fundamental completo/incompleto. Isso sem contar aquelas que referiram ser analfabetas (53/1.464). A renda individual média se mostrou muito baixa (R\$ 280,00), menor que o salário mínimo. Das mulheres negras participantes do estudo, 44,8% estavam desempregadas. E, entre as que afirmavam estar exercendo alguma atividade laboral, a maioria estava inserida informalmente no mercado de trabalho. Das mulheres entrevistadas, 36,6% (536/1.464) afirmaram receber algum tipo de ajuda financeira governamental, destacando-se, majoritariamente, o recurso do Bolsa Família.

Tabela 4 - Mulheres negras entrevistadas (n e %) segundo inserção no mercado de trabalho

Trabalho	n	%
Funcionária pública	075	9,3
Regime CLT	131	16,2
Autônoma	226	28,0
Mercado informal	376	46,5
Total	808	100,0

Os dados encontrados neste estudo são reflexos das desigualdades étnicas no Brasil e são coerentes com pesquisas realizadas pelo IBGE e pelo Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos (Dieese). Essas pesquisas mostram uma realidade mais precária enfrentada pelos negros no mercado de trabalho, em comparação com a enfrentada pelos não negros, quando se consideram dados como taxas de desemprego, presença nos diferentes postos de trabalho e valores dos rendimentos, entre outros.

Esses dados nos levam à reflexão de que, quando se situam as desigualdades como produtos de fatores estruturais, é possível constatar diferenças significativas na combinação das variáveis raça e gênero. Estudo de Henriques (2001) evidencia com clareza essas diferenças, baseando suas análises em Pesquisas Nacionais de Amostras Domiciliares (PNAD) do IBGE, realizadas nos anos 1990. Independentemente de sexo, o que o estudo identificou foi uma composição da pobreza, que aponta para a exclusão racial. Os negros em 1999 representavam 45% da população brasileira, mas correspondiam a 64% da população pobre e 69% da população indigente. Os brancos, por sua vez, eram 54% da população total, mas somente 36% dos pobres e 31% dos indigentes. A partir desse estudo, que privilegiou a desigualdade como categoria central, conclui-se que há uma imensa desigualdade de oportunidades que penaliza a população negra, fazendo com que a pobreza não esteja “democraticamente” distribuída entre as raças.

A vida sexual e reprodutiva também foi foco de análise deste estudo com repercussões na vulnerabilidade da população negra feminina: das entrevistadas, 81,4% (1.192/1.464) referiram possuir filho(s). O número médio de filhos vivos entre essas mulheres

foi de 2,6. Um dado que merece destaque é a frequência significativa de entrevistadas que referiu ter engravidado antes dos 20 anos de idade (30,5%).

Tabela 5 - Mulheres negras entrevistadas (n e %) segundo faixa etária no momento do nascimento do primeiro filho

Idade (anos)	n	%
13 - 20	364	30,5
20 - 25	421	35,3
25 - 30	277	23,3
30 - 35	084	7,0
35 - 40	046	3,9
Total	1.192	100,0

A gravidez na adolescência envolve situações que se associam às condições de vulnerabilidade. Do ponto de vista social, evidenciam-se implicações como abandono da escola, maior dificuldade de inserção no mercado de trabalho, diminuição do padrão de vida, desestruturação familiar e consequente circularidade da pobreza (OMS, 1989; Brasil, 1999). Cabe ressaltar que o evento de gravidez durante a adolescência está presente nas diferentes classes sociais; no entanto, seu impacto é mais evidenciado entre as classes mais desfavorecidas economicamente, em que as implicações anteriormente citadas se fazem mais fortemente presentes, além de haver maiores chances de um acompanhamento precário da gestação e de um baixo suporte à maternidade. Nesse contexto, pesquisa realizada por Perpétuo (2000) constatou que a proporção de mulheres negras sob “risco reprodutivo” é maior do que a de brancas, pois é substancialmente mais alto o percentual de negras que iniciam sua vida sexual e que têm o primeiro filho ainda adolescentes, bem como a proporção de mulheres com três ou mais filhos.

Com relação à vida sexual, 97,5% (1.428/1.464) das mulheres entrevistadas afirmaram já ter mantido relações sexuais, sendo que 83,4% (1.221/1.464) referiram possuir vida sexual ativa. A idade de início a vida sexual variou entre 10 a 31 anos, com mediana de 15,3. Na primeira relação sexual, 40,8% (582/1.428) das entrevistadas referiram ter utilizado algum método contraceptivo e apenas 30,9%

(441/1.428) afirmaram o uso de preservativo nessa relação. Segundo o relato das entrevistadas, o número de parceiros sexuais desde o início da vida sexual variou de um a 20, com mediana de 4,7.

Das 1.221 entrevistadas com vida sexual ativa (que referiram manter relações no último ano), as características da parceria são apresentadas na tabela 6:

Tabela 6 - Mulheres negras entrevistadas (n e %) segundo parceria sexual no último ano

Parceiros Sexuais	n	%
Apenas com o marido	767	62,8
Apenas com o namorado	327	26,8
Com o marido e com outra(s) pessoa(s)	46	3,8
Com o namorado e com outra(s) pessoa(s)	22	1,8
Com pessoas com quem não tem relacionamento formal	59	4,8
Total	1.221	100,0

Das 1.221 mulheres que referiram vida sexual ativa no momento da entrevista, 89,6% (1.094/1.221) relataram manter relações apenas com um parceiro fixo, o que é um fator interferente na decisão pelo uso do preservativo, como será discutido adiante. Nesse momento, vale ressaltar que um número crescente de mulheres brasileiras estão sendo contaminadas por seus parceiros fixos. A literatura tem mostrado que as estratégias de sexo seguro tendem a ser menos efetivas com parceiros fixos do que com ocasionais (Shepherd e col., 2000; Silveira e col., 2002).

Com relação à contracepção, os principais métodos citados pelas entrevistadas foram os anti-concepcionais hormonais orais (525), a laqueadura tubária (294) e o coito interrompido (278). Chamamos atenção para o fato de que nenhum desses três métodos é protetor contra infecções sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV. Só em quarto lugar surge a menção ao uso do preservativo (237). Especial destaque deve ser dado à opção pelo coito interrompido por 278 entrevistadas. Segundo o Ministério da Saúde, o coito interrompido não deve ser estimulado como método contraceptivo já que há grande possibilidade de falha (Brasil, 2006), com consequente gravidez indesejada e disseminação de infecções sexualmente transmissíveis.

Apenas 23,8% das mulheres entrevistadas relataram uso sistemático da “camisinha”. Das 665 entrevistadas que afirmaram nunca utilizar preservativo, 27% (180/665) afirmaram não fazê-lo, pois suas relações sexuais aconteciam no contexto de um relacionamento de confiança, 14,1% (94/665) referiram dificuldade de negociar a utilização do preservativo com o parceiro e 11,4% (76/665) afirmaram não gostar de utilizar “camisinha”.

Tabela 7 - Mulheres negras entrevistadas (n e %) segundo a frequência de utilização do preservativo

Utilização de Preservativo	n	%
Sempre	291	23,8
Às vezes	265	21,7
Nunca	665	54,5
Total	1.221	100,0

Santos e colaboradores (2002) chamam a atenção para as dificuldades de negociação do uso do preservativo entre homens e mulheres, especialmente para sua utilização constante em relações que se estendem por longo tempo.

Cabe ressaltar que a utilização de práticas sexuais seguras não está relacionada apenas ao grau de conhecimento que o indivíduo tem sobre as doenças sexualmente transmissíveis e suas formas de prevenção, mas também à sua formação psíquica e comportamental. Isso fica claro nesse estudo, já que a maioria de suas participantes (1.287/1.464) reconheceu o preservativo como forma de contracepção e prevenção das infecções sexualmente transmissíveis. Porém, apenas 291 entrevistadas afirmaram usar o preservativo sempre. A construção de um imaginário individual sobre formas de prevenção é um fator que deve ser lembrado. Por exemplo, a mulher que julga estar protegida no casamento ou na fidelidade do parceiro não utiliza preservativo em suas relações sexuais; no entanto, acredita não estar na esfera de risco da infecção pelo HIV.

Nesse sentido, Souza e colaboradores (1998) apontam para o fato de que indivíduos possuidores de conhecimento satisfatório acerca da transmissão e prevenção da infecção pelo HIV continuam a realizar práticas sexuais genitais e orais sem uso de

barreiras protetoras contra o HIV. A percepção de risco pode estar estreitamente relacionada a formas de proteção que são reinterpretadas e readaptadas pelo indivíduo na subjetividade da sua compreensão.

Ainda a respeito dessa questão, cabe introduzir o conceito de *proteções imaginárias*, fenômeno que mostra que a maioria dos indivíduos conhece a necessidade da administração de riscos, está convencida da sua importância e procede a uma reapropriação das normas de prevenção, deslocando seu sentido para outras perspectivas, ainda que sob a ótica deles o objetivo preventivo seja o mesmo (Mendès-Leite, 1995).

Estudo desenvolvido por Lopes e colaboradores (2007), comparando características relacionadas à vulnerabilidade individual de mulheres negras e não negras infectadas pelo HIV, evidenciou a contaminação sexual como a principal forma de transmissão. Para essa via de exposição, destacou-se a categoria “relações sexuais desprotegidas com parceiro infectado em outras relações heterossexuais” com mais frequência entre as negras.

Foi interessante observar que apesar de grande parte das mulheres entrevistadas referirem nunca utilizar o preservativo, a metade das entrevistadas (50%) não se julgava vulnerável ao HIV. Das que se consideravam sob o risco de infecção, a maioria (249/357) classificava sua vulnerabilidade como pequena.

Tabela 8 - Mulheres negras entrevistadas (n e %) segundo a autopercepção de vulnerabilidade

Vulnerabilidade (Autopercepção)	n	%
Sim	357	24,4
Não	733	50,0
Não sei	374	25,6
Total	1.464	100,0

Esses dados mostram que apesar da exposição, as pessoas tendem a subestimar seu grau de vulnerabilidade. Estudo realizado com mulheres no município de Pelotas mostrou que a prevalência de comportamentos de risco era alta e a autopercepção de risco era muito baixa e frequentemente inadequada, mostrando que essa autopercepção de vulnerabilidade não é um bom indicador, tendo em vista que os

indivíduos não identificam corretamente seu nível de risco (Silveira e col., 2002). A autopercepção de vulnerabilidade é uma variável muito importante, uma vez que mais do que informação essa percepção é o diferenciador entre a adoção ou não de comportamentos protetores (Ferreira, 2003).

Questões de gênero também foram relevantes no estudo. Foi solicitado às 1.464 entrevistadas que atribuíssem responsabilidade de determinadas atitudes ao homem, à mulher, a ambos ou a nenhum dos dois. Os resultados obtidos estão apresentados no quadro 1.

Quadro 1 - Mulheres negras entrevistadas (n e %) segundo as percepções de papéis de gênero

Ação	Papel do homem		Papel da mulher		Papel de ambos		Papel de nenhum	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ir ao médico regularmente	55	3,8	68	4,6	1297	88,6	44	3,0
Comprar camisinha	844	57,6	142	9,7	310	21,2	168	11,5
Trazer camisinha consigo	901	61,5	157	10,7	315	21,5	91	6,3
Colocar a camisinha	796	54,4	175	11,9	442	30,2	51	3,5
Conversar sobre sexo com os(as) amigos(as)	433	29,6	266	18,2	721	49,2	44	3,0
Conversar sobre sexo com a família	148	10,1	345	23,6	573	39,1	398	27,2
Negociar o uso da camisinha com o parceiro(a)	360	24,6	354	24,2	522	35,6	228	15,6
Buscar informação sobre sexo	210	14,3	198	13,6	879	60,0	177	12,1
Buscar informações sobre aids	123	8,4	144	9,8	1058	72,3	139	9,5
Conhecer o funcionamento do corpo do homem	500	34,1	104	7,1	812	55,5	48	3,3
Conhecer o funcionamento do corpo da mulher	288	19,7	312	21,3	795	54,3	69	4,7
Conhecer os métodos contraceptivos	200	13,7	456	31,1	669	45,7	139	9,5
Escolher o método contraceptivo	210	14,3	655	44,7	518	35,4	81	5,6
Usar o método contraceptivo	408	27,9	579	39,5	455	31,1	22	1,5

A compra e o uso do preservativo foram considerados, pelas mulheres negras entrevistadas, um papel predominantemente masculino; enquanto o conhecimento, a escolha e o uso do método contraceptivo foram associados ao papel feminino. Os papéis sexuais determinados pela nossa sociedade e sobre os quais se constrói a sexualidade masculina e feminina nos fazem acreditar, erradamente, que o homem é inexoravelmente um ser genital, naturalmente preparado para o coito, e que a mulher, com seu “instinto maternal”, priorizaria a reprodução (Brasil, 1996).

Paiva e colaboradores (2002) inferem que os *scripts femininos* e *scripts masculinos*, que são as diferentes maneiras de pensar sentir e agir que se aprende desde criança e que definem o *ser homem* e *ser mulher*, particularmente os *scripts sexuais femininos e masculinos* que incorporamos, têm sido uma

dificuldade central na prevenção da aids. Precisamos questionar por que portar a “camisinha” e tomar a iniciativa por sua utilização é papel do homem e a mulher que o fizer pode ser vista como “oferecida”, “escolada” ou “disponível para o sexo”. É preciso, ainda, refletir sobre por que ser homem é não controlar seus impulsos sexuais e ter que corresponder a todas as investidas para uma relação sexual para não ter colocada em xeque sua virilidade, dentre diversos outros aspectos que envolvem diferenças de gênero relacionadas à sexualidade e prevenção da aids que precisam ser sempre discutidas.

Em relação às discussões de gênero existentes e a condição da mulher na sociedade contemporânea, para Schaurich e Padolin (2004, p. 105), a prevenção da aids está ligada ao controle do comportamento sexual, que guarda relação com a reprodução e os papéis de gênero:

Embora homens e mulheres sejam vulneráveis ao HIV/aids, compreende-se que o ser-mulher apresenta maior vulnerabilidade em relação ao ser-homem, quando considerados a associação de fatores biológicos, individuais e sociais fortemente arraigados à evolução histórica da humanidade.

A violência também apareceu como um fator significativo de vulnerabilidade no grupo de mulheres negras participantes do estudo: 20% (293/1.464) das entrevistadas afirmaram já ter sofrido algum tipo de violência, com distribuição apresentada no quadro 2.

Quadro 2 - Mulheres negras entrevistadas (n e %) segundo o tipo de violência sofrida

Tipo de Violência	n
Física	163
Moral	96
Sexual	84

A violência contra a mulher constitui uma grande questão para a saúde pública, além de ser uma violação explícita dos direitos humanos. Suas várias formas de opressão incluem assassinatos, estupros, abusos físicos, sexuais e emocionais, prostituição forçada, mutilação genital, violência racial e outras. Os perpetradores costumam ser parceiros, familiares, conhecidos, estranhos ou agentes do Estado (Schraiber e col., 2002). Na base da violência contra a mulher estão arraigados modelos culturais (Giffin, 1994), pois os atos violentos, vistos a partir das relações de gênero, distinguem um tipo de dominação, de opressão e de crueldade nas relações entre homens e mulheres, estruturalmente construído, reproduzido cotidianamente e subjetivamente assumido pelas mulheres, atravessando classes sociais, raças, etnias e faixas etárias (Minayo, 1994).

Neste estudo, relacionamos vitimização feminina pela violência com vulnerabilidade, porque, de acordo com Guimarães (2004), a constatação é que mulheres são vítimas de atos nocivos à sua integridade física e mental apenas pelo fato de pertencerem ao sexo feminino. Isso provoca a falsa ideia de inferioridade, que tem como parâmetro a concepção de mundo sob a ótica masculina de superioridade.

Por fim, propomos a reflexão sobre alguns fatores de vulnerabilização das mulheres negras relacionados ao componente programático: o acesso aos serviços de saúde se mostrou precário. Das entrevistadas, 62,2% (911/1.464) referiram comparecer a serviços de saúde apenas em situações de urgência. Mais especificamente, com relação à prevenção e controle da infecção pelo HIV, pequena parte das entrevistadas (129/1.464) identificou os profissionais de saúde como fontes potenciais de informação sobre a temática. As principais fontes de informação citadas por essas mulheres foram os(as) amigos(as), seguido dos meios de comunicação.

Destaque especial pode ser dado ao percentual de mulheres que referiram já ter realizado o exame anti-HIV, 71,6% das entrevistadas - frequência muito superior aos dados apresentados em pesquisas com a população em geral. De acordo com Paiva e colaboradores (2006), o percentual de pessoas testadas cresceu significativamente nos últimos anos, passando de 20% em 1998 para 32,9% em 2005. Contudo, a maior parte da população testada é composta de mulheres entre 25 a 39 anos, proporção explicada pela incorporação do anti-HIV na rotina do pré-natal. Essa inferência é coerente com os dados encontrados nesta pesquisa, em que 976 das 1.048 mulheres que referiram já ter realizado a sorologia apontaram o pré-natal como circunstância para realização da testagem.

Quadro 3 - Mulheres negras entrevistadas (n e %) segundo as circunstâncias de testagem anti-HIV

Circunstâncias Testagem Anti-HIV	n
Exames pré-nupciais	28
Pré-natal	976
Doação de sangue	88
Acidente com exposição a material biológico	43
Por ocasião de cirurgia (pré-operatório)	53
Por ter relações sexuais desprotegidas	66
Outra circunstância	32

Das 1.048 entrevistadas que passaram por testagem anti-HIV, 53,4% (560/1.048) referiram ter passado por aconselhamento, 43,2% (452/1.048) negaram ter passado por aconselhamento e 3,4% (36/1.048) não sabiam ou não lembravam.

Embora o percentual de testagem anti-HIV encontrado entre as mulheres negras entrevistadas tenha sido elevado, identificou-se um índice baixo de realização de aconselhamento para essas mulheres. Neste estudo, das 1.048 mulheres que realizaram a sorologia, 43,2% (452/1.048) negaram ter passado por aconselhamento. De acordo com o Ministério da Saúde, a prática do aconselhamento desempenha papel importante no contexto da epidemia da aids no Brasil desde a criação do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, e se reafirma como campo de conhecimento estratégico para a qualidade do diagnóstico do HIV e da atenção à saúde (Brasil, 2003). Porém, pesquisas recentes de base populacional e com pessoas vivendo com HIV têm indicado que o aconselhamento é pouco valorizado como espaço estratégico para prevenção (Marques e col., 2002; Segurado e col., 2003).

Diante dos dados de dificuldade de acesso apresentados, é importante refletir sobre a interferência da discriminação étnico-racial no acesso e na qualidade dos serviços de saúde. Diversos estudos ponderam que o tratamento diferenciado entre os grupos étnico-raciais na área da assistência é um dos responsáveis pelas desigualdades raciais em saúde (Fiscella e col., 2000; Cooper e col., 2002; Ryn e Fu, 2003; Lopes e col., 2007).

Conclusões

Com base nos dados obtidos neste estudo, os determinantes que marcaram com maior intensidade a vulnerabilidade das mulheres negras ao HIV associaram os seguintes fatores: baixa escolaridade, renda e, conseqüentemente, acesso a bens e serviços. Os métodos contraceptivos utilizados por essas mulheres não as protegem contra a infecção pelo HIV, o que é evidenciado pelo baixo índice de utilização sistemática do preservativo. A dificuldade de adesão ao uso de preservativo relaciona-se a questões de gênero e de “proteções imaginárias”, principalmente na concepção de que relações de confiança são protetoras diante da possibilidade de infecção pelo HIV. Cabe ressaltar, ainda, que muitas mulheres atribuem a responsabilidade pela aquisição e utilização do preservativo ao homem e acreditam que as mulheres devem se preocupar com

a contracepção. Essas concepções relacionadas às diferenças de gênero tornam as mulheres menos autônomas e mais vulneráveis à infecção. Embora fique claro que a exposição ao HIV é possível, metade das entrevistadas não se considera vulnerável. E as que se percebem vulneráveis à infecção pelo HIV classificam seu grau de vulnerabilidade como pequeno. Relatos de violência foram encontrados no estudo, o que aumenta a vulnerabilidade, porque evidencia a situação de “inferioridade” e pouca possibilidade de negociação em que vivem essas mulheres. Por fim, encontramos alguns dados que apontam uma vulnerabilidade relacionada aos serviços de saúde: o acesso é inadequado, os profissionais de saúde não são reconhecidos como fontes potenciais de informação sobre HIV/aids e o aconselhamento na testagem anti-HIV não acontece sistematicamente.

Os dados e as discussões apresentados nos levam a refletir sobre a postura de serviços, programas e profissionais de saúde em relação ao atendimento da população feminina negra. De acordo com o Ministério da Saúde, por razões sociais e de discriminação, as mulheres negras têm menor acesso aos serviços de saúde de boa qualidade, à atenção ginecológica e à assistência obstétrica (Brasil, 2005). Nesse contexto, vale introduzir as questões levantadas por Oliveira (2004) sobre etnicidade e políticas públicas no Brasil:

O estabelecimento do campo saúde da população negra no Brasil resulta de um esforço de muitas cabeças e mãos, em um árduo trabalho de construção teórica e embates políticos e ideológicos no campo da ciência e junto às escolas de saúde, aos serviços e ao governo. Ciência e governo têm respondido, ainda que timidamente. Porém, as escolas e os serviços parecem que portam uma insensibilidade pétrea.

Referências

AYRES, J. R. C. et. al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas em saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-140.

- AYRES, J. R. C.; FRANÇA JÚNIOR., I., CALAZANS, G. J.; SALETTI FILHO, H. C. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de aids. In: BARBOSA, R. M.; PARKER, R. *Sexualidades pelo avesso: Direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: IMS; UERJ, 1999. p. 49-72.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Perspectiva da equidade no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal - Atenção à Saúde das Mulheres Negras*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Fique sabendo - aconselhamento em DST/HIV/aids para a atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde e desenvolvimento da juventude brasileira: constituindo uma agenda nacional*. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Saúde do Adolescente. *Bases programáticas*. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
- COOPER, L. A.; HILL, M. N.; POWE, N. R. Designing and evaluating interventions to eliminate racial and ethnic disparities in health care. *Journal of General Internal Medicine*, Bethesda, v. 17, p. 477-486, 2002.
- DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS - DIEESE. *Mapa da população negra no mercado de trabalho no Brasil*. 2000. Disponível em: <<http://www.dieese.org.br/esp/negro.xml>>. Acesso em: 24 ago. 2005.
- FERREIRA, M. P. Conhecimento e percepção de risco sobre o HIV/aids: um perfil da população brasileira no ano de 1998. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 213-222, 2003.
- FISCELLA, K. et al. Inequality in quality: addressing socioeconomic, racial and ethnic disparities in health care. *Journal of American Medical Association*, Chicago, v. 283, n. 19, p. 2579-2584, 2000.
- GIFFIN K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 1, p. 146-155, 1994.
- GUIMARÃES, I. Violência e gênero. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Violência faz mal à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- HENRIQUES, R. Desigualdade racial no Brasil: evolução das condições de vida na década de 90. *Texto para discussão*, Rio de Janeiro, n. 807, 2001. Disponível em: <desafios2.ipea.gov.br/pub/td/2001/td_0807.pdf>. Acesso em: 23 set. 2006.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Síntese de Indicadores Sociais 2004. *Estudos e Pesquisas: informação demográfica e socioeconômica*, Rio de Janeiro, n. 15, 2005. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2004/indic_sociais2004.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2005.
- LOPES, F.; BUCHALLA, C. M.; AYRES, J. R. C. M. Mulheres negras e não negras e vulnerabilidade ao HIV/aids no estado São Paulo, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, supl. 2, p. 39-46, 2007.
- MANN, J. *A aids no mundo*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993.
- MARQUES, H. et al. Falhas na identificação da infecção pelo HIV durante a gravidez no Estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n.3, p. 385-392, 2002.
- MENDÈ-LEITE, R. Identité et altérité - Protections imaginaires et symboliques face au sida. *Gradhiva*, France, n.18, p. 93-103, 1995.
- MINAYO, M. C. S. Inequality, violence and ecology in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 241-250, 1994.

OLIVEIRA, F. Saúde reprodutiva, etnicidade e políticas públicas no Brasil. In: MONTEIRO, S.; SANSONE, L. (org.). *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. *Saúde reprodutiva de adolescentes: uma estratégia para ação: uma declaração conjunta OMS/FNUAP/Unicef*. Genebra: OMS, 1989.

PAIVA, V.; PUPO, L. R.; BARBOZA, R. O direito à prevenção e os desafios da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, p. 109-119, 2006.

PAIVA, V.; PERES, C.; BLESSA, C. Jovens e adolescentes em tempos de aids: reflexões sobre uma década de trabalho de prevenção. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 13, n.1, p. 60-66, 2002.

PERPÉTUO, I. H. O. Raça e acesso às ações prioritárias na agenda de saúde reprodutiva. *Jornal da Rede Feminista de Saúde*, Brasília, v. 22, p. 03-04, 2000.

RYN, M. V.; FU, S. S. Paved with good intentions: do public health and human service providers contribute to racial/ethnic disparities in health? *American Journal of Public Health*, Washington DC, v. 93, n. 2, p. 248-255, 2003.

SANTOS, N. J. S. et al. Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 12-23, 2002.

SCHAURICH, D.; PADOLIN, S. M. M. Do cuidado da mulher: questões de gênero e sua incorporação no contexto do HIV/aids. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 101-108, 2004.

SCHRAIBER, L. B. et al. Violência contra a mulher: estudo de uma unidade de atenção primária à saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 470-477, 2002.

SEGURADO, A. et al. Evaluation of the care of women living with HIV/AIDS. *AIDS Patient Care and STDs*, New York, v. 17, n. 2, p. 85-94, 2003.

SHEPHERD, J. et al. Cervical cancer and sexual lifestyle: a systematic review of health education intervention targeted at women. *Health Education Research*, New York, v. 15, p. 681-694, 2000.

SILVEIRA, M. F. et al. Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e aids em mulheres. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 6, p. 670-677, 2002.

SOUZA, C. T. et al. Perception of vulnerability to HIV infection in a cohort of homosexual/bisexual men in Rio de Janeiro, Brazil. *AIDS Care*, London, v. 11, n. 1, p. 567-579, 1998.

TOBAR F.; YALOUR, M. R. *Como fazer teses em saúde pública: conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

WERNECK, J. A vulnerabilidade das mulheres negras. *Jornal da Rede Saúde*, Porto Alegre, n. 23, p. 53-58, 2001. Disponível em: < <http://www.redesaude.org.br/Homepage/JornaldaRede/JR23/Jornal%20da%20Rede%20n%BA%2023.pdf> >. Acesso em 16 set. 2005.

Recebido em: 07/10/2009

Reapresentado em: 17/03/2010

Aprovado em: 22/03/2010