

PRÁTICAS SEXUAIS E O USO DO PRESERVATIVO ENTRE MULHERES COM HIV/AIDS¹

Isabel Cristina Alves Maliska*
Maria Itayra Coelho de Souza**
Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva ***

RESUMO

Trata-se de parte de uma pesquisa descritivo-qualitativa, que teve como um dos objetivos discutir a feminização da epidemia da aids e o seu reflexo nas práticas de cuidado em relação a essa doença, no que diz respeito às práticas sexuais no âmbito de relacionamentos entre soropositivos e sorodiscordantes, a partir dos depoimentos de mulheres soropositivas. A coleta de dados foi feita em um serviço de assistência especializada do programa DST/HIV/Aids de um município da Grande Florianópolis/SC. Participaram do estudo sete mulheres, maiores de 18 anos. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas semi-estruturadas. Após a análise de conteúdo, constituíram-se as seguintes categorias: "A vulnerabilidade antes da infecção do HIV" e "A vulnerabilidade após a infecção do HIV". Os resultados indicam que as mulheres acreditam estar protegidas pela relação estável. Após a infecção, o preservativo foi requisitado para proteção contra contaminação pelo HIV ou outras doenças sexualmente transmissíveis, e como método contraceptivo. Percebe-se a dificuldade de negociar este recurso de cuidado junto a seus parceiros, mesmo se tratando de relações entre sorodiscordantes, evidenciando que as mulheres continuam reféns de sua vulnerabilidade, mesmo após a infecção.

Palavras-chave: Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. Prevenção de doenças transmissíveis. Vulnerabilidade em saúde. Sexualidade.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A epidemia da Aids tem manifestado sua força entre indivíduos vulneráveis ao vírus, principalmente os das classes sociais menos favorecidas e as mulheres. Esta epidemia vem acometendo os setores mais marginalizados da sociedade, que vivem constantemente as mais variadas formas de violência estrutural, devido à pobreza, ao racismo, à desigualdade de gênero, à opressão sexual e à exclusão social⁽¹⁾. O resultado deste processo se configura no perfil epidemiológico de HIV/Aids que se desenha atualmente na sociedade brasileira: a crescente feminização da epidemia, em que a razão entre os sexos vem diminuindo sistematicamente, passando de 15,1 homens por mulher, em 1986, para 1,5 homens por mulher, em 2005. Além do fenômeno da feminização, a epidemia de Aids vem, progressivamente, se interiorizando e

atingindo as pessoas em situação de pobreza. Tanto no Brasil quanto em outros países em desenvolvimento, a pobreza tem sido apontada como um dos contextos estruturais da vulnerabilidade às DST/HIV/Aids⁽²⁾.

O comportamento relacionado ao risco de infecção do HIV vem sendo discutido desde o início da epidemia, com esforços voltados para a prevenção e controle do HIV/Aids. Este processo passou por estágios sucessivos, partindo da concepção de grupos de risco e evoluindo para o conceito de comportamento de risco, considerando apenas o contexto do comportamento individual. Progressivamente, o conceito de comportamento de risco foi se ampliando, passando-se a considerar os fatores políticos e econômicos que têm provocado a disseminação da infecção pelo HIV. Neste sentido, a idéia de risco individual e coletivo evoluiu para uma concepção de vulnerabilidade

¹ Trata-se de parte da Dissertação de Mestrado da autora principal intitulada "O itinerário terapêutico de indivíduos portadores de HIV/Aids" sustentada no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC.

* Enfermeira Assistencial do Hospital Universitário (UFSC), Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (UFSC). Membro do Grupo de Estudos de História do Conhecimento de Enfermagem (GEHCE).

** Doutora em Enfermagem pela EEAN/Universidade Federal do Rio de Janeiro. Prof. Associada I do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

*** Doutora em Enfermagem pela UFSC. Professora Associada da Universidade Federal de Santa Catarina.

social, como consequência de um conjunto de aspectos individuais, coletivos e contextuais que resultam em uma maior susceptibilidade à infecção e ao adoecimento, assim como a uma maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos⁽³⁾.

Quanto aos meios de prevenção contra Aids, observamos que o preservativo tem sido apontado como um dos principais meios de prevenção, tanto para a infecção do HIV quanto de outras doenças sexualmente transmissíveis⁽⁴⁾. Diversos estudos tratam do uso do preservativo enquanto prática de prevenção à Aids, ressaltando a vulnerabilidade das mulheres e seu baixo poder de negociação com seus parceiros, predominando muitas vezes o ponto de vista masculino em relação a esta prática^(2, 5-9). No entanto, apesar de a vulnerabilidade feminina ser objeto de inúmeros estudos, poucos são dedicados à vida sexual e reprodutiva de mulheres portadoras de HIV/Aids. Neste sentido, é necessário considerar que as relações de gênero e de poder, as condições de vida, assim como o contexto sociocultural que proporcionaram maior vulnerabilidade, culminando na contaminação pelo vírus HIV, continuam a existir após a infecção, havendo necessidade de uma contínua discussão sobre aspectos relacionados à sexualidade entre estes indivíduos^(6, 7, 10).

É com esta preocupação que trazemos neste estudo algumas reflexões sobre as práticas sexuais de indivíduos portadores de HIV/Aids. Este artigo é parte dos resultados da dissertação de mestrado que trata do itinerário terapêutico de indivíduos portadores de HIV/Aids⁽¹¹⁾, a qual utilizou o referencial de Sistemas de Cuidados à Saúde de Kleinman⁽¹²⁾ para reflexão e análise dos dados. Este referencial considera que os indivíduos buscam desenvolver práticas de cuidado à saúde ancoradas no saber familiar, popular e profissional (este último relacionado à biomedicina), sendo a cultura o pano de fundo destas práticas. Partindo de algumas questões que se destacaram no estudo citado, o artigo tem o objetivo de discutir a feminização da epidemia como resultado de uma vulnerabilidade social e o seu reflexo nas práticas sexuais e na adoção do uso do preservativo masculino, no âmbito de relacionamentos entre soropositivos e sorodiscordantes, a partir dos depoimentos de

mulheres soropositivas.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritivo-qualitativa. O contexto em que ocorreu a coleta de dados foi o serviço de assistência especializada do programa DST/HIV/Aids de um município da Grande Florianópolis - SC. Este estudo contou com treze participantes, entre os quais seis homens e sete mulheres maiores de 18 anos vinculados a este serviço ambulatorial, que haviam descoberto o diagnóstico de HIV pelo menos dois anos atrás e estavam fazendo uso dos anti-retrovirais e aceitaram participar deste estudo. O período de coleta de dados foi entre outubro de 2004 e junho de 2005.

Neste artigo, analisaremos apenas os depoimentos das sete mulheres que participaram do estudo, a fim de retratar suas concepções em relação ao uso do preservativo masculino enquanto prática de cuidado, bem como o modo como vem ocorrendo esta prática no âmbito de seus relacionamentos.

As sete mulheres participantes do estudo são moradoras do município em que este foi realizado e têm entre 22 e 40 anos de idade, com idade média de 33 anos. Quatro delas possuem escolaridade em nível de 1º grau e três de 2º grau. Quanto à atividade profissional desenvolvida pelas participantes, citamos: agente de serviços gerais, professora, recicladora de papel, diarista, agente comunitária de saúde, do lar e atendente, com uma renda média familiar de dois salários-mínimos. Quanto à religião, cinco se identificaram como católicas, uma como evangélica e uma como kardecista.

Todas afirmaram ter contraído o vírus HIV através de relações heterossexuais, com tempo de contaminação oscilando entre dois e treze anos e tempo médio de 6,1 anos de contaminação. Das mulheres participantes, seis mantinham relações heterossexuais estáveis e uma encontrava-se separada, sendo que duas mulheres contraíram o vírus HIV de seus companheiros atuais e as demais de relacionamentos anteriores. Das (seis) participantes que possuíam companheiros no momento da entrevista, quatro eram de relações sorodiscordantes e duas de relações com companheiros soropositivos. Todas possuíam

filhos, oscilando entre dois e cinco filhos, com a média de 2,3 filhos para cada mulher. Apenas um dos filhos era soropositivo para o HIV.

A aceitação das participantes foi efetivada com a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a fim de garantir a observação dos princípios éticos, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁽¹³⁾. Este estudo foi submetido à avaliação e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, através do Parecer Consubstanciado Nº 127/2005. Para a preservação da identidade destas mulheres, utilizamos pseudônimos. As entrevistas foram realizadas nas dependências do próprio ambulatório, utilizando-se um roteiro de entrevista semi-estruturado. As entrevistas foram gravadas em fitas cassete, com a autorização das participantes, e posteriormente transcritas e submetidas ao processo de análise, utilizando-se o método de análise de conteúdo de Bardin⁽¹⁴⁾. Esta análise permitiu a constituição de duas categorias finais: **A vulnerabilidade antes da infecção do HIV e a vulnerabilidade após a infecção do HIV**, que passamos a detalhar a seguir.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A vulnerabilidade antes da infecção do HIV

Ao nos remetermos à vulnerabilidade dos indivíduos que culmina na contaminação do HIV, considerando neste contexto o universo feminino, observamos valores tradicionais embutidos nos depoimentos das participantes do estudo, como a concepção inicial de uma proteção que estaria estabelecida nos relacionamentos estáveis, como podemos perceber neste depoimento:

O médico falou que nós temos há uns oito anos, a época que eu descobri foi em dois mil, né, então ele diz que eu já tinha há uns quatro anos. Daí mesmo que eu não me conformei, porque se fosse de solteiro, mas depois de casado né, porque eu casei virgem, assim eu casei com dezessete anos, só conheci ele [...] Aí eu penso assim: “ainda o desgraçado não cuidou da mulher que ele tinha dentro de casa, né, em vez de ter cuidado então, de ter usado com as outras na rua né, pra me prevenir né”(Cláudia – casal soropositivo).

Quando nos remetemos ao momento anterior da infecção do HIV entre estas mulheres, observamos que nos relacionamentos amorosos, tanto em relação ao namoro quanto ao casamento, a utilização do preservativo não é citada, possivelmente por causa da crença de que um relacionamento estável possa conferir proteção. Implicitamente, observamos que a concepção de grupos de risco definidos ainda no início da epidemia permanece presente, trazendo a idéia da invulnerabilidade, uma vez que todas eram mulheres vivendo relacionamentos estáveis, portanto estavam fora dos chamados “grupos de risco”. Em um estudo que teve como propósito compreender a representação social que mulheres casadas em situação de pobreza possuíam acerca da Aids, ficou evidenciado que elas percebiam o casamento como uma barreira contra a Aids e as infecções sexuais transmissíveis. Ao considerarem a possibilidade de haver relacionamentos extraconjugais, elas demonstraram esperar que o marido usasse o preservativo com estas parcerias, visando proteger suas esposas. Este fato foi inclusive tratado com certa naturalidade, visto que estes comportamentos sexuais são considerados como naturais ao universo masculino, demonstrando a vulnerabilidade destas mulheres ao HIV⁽⁹⁾.

Os parceiros sexuais irão agir conforme os modelos e regras de conduta orientadas por estereótipos da sexualidade de cada época e de cada cultura. Neste contexto, na América Latina temos como importante característica, uma cultura sexual marcada pela “cultura do machismo”, que implica em estabelecer relações de poder entre homens e mulheres, contrastando o domínio da masculinidade *versus* a submissão da feminilidade. Vivendo sob o domínio de uma cultura machista, estas mulheres se sujeitam aos desejos de seus parceiros, assumindo uma posição de submissão no relacionamento a dois e esperando como “recompensa” a proteção de seu parceiro, ainda que este possua relacionamentos extraconjugais. É desta forma que, ao se perceber soropositivo, o indivíduo - neste contexto, a mulher - se vê surpreendido por uma notícia muitas vezes não esperada, por relacionar a Aids ao que é socialmente desclassificado ou moralmente marcado, papel que os indivíduos rejeitam para si e atribuem normalmente ao outro⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

A vulnerabilidade após a infecção do HIV

Após a contaminação, o uso do preservativo passa a ser requisitado como uma prática de cuidado pela equipe de saúde, seja para prevenir a contaminação do parceiro ou a reinfecção com cepas mais resistentes do vírus, no caso de parceiro soropositivo, seja para prevenir outras infecções sexualmente transmissíveis. Neste estudo estamos discutindo especificamente o uso do preservativo masculino, por ser o meio de proteção disponibilizado em larga escala entre os usuários deste serviço, ao qual todas as mulheres e seus parceiros têm acesso e do qual relatam possuir alguma experiência de uso. A seguir observamos depoimentos que apontam dificuldades em se adotar o uso do preservativo, tanto pela mulher quanto pelo próprio companheiro. Nestes discursos a prática ou uso do preservativo aparece de forma conflituosa, confrontando o discurso biomédico com os valores e crenças individuais, repercutindo em uma posição de ambigüidade no contexto do relacionamento conjugal:

Eu peço pra ele usar porque ele não é um marido confiável, ele já andou com outras mulheres. Aí ele diz “mas tu já és doente” e eu digo “eu não sou doente querido, eu só tenho o vírus” de repente tu podes pegar uma infecção, uma gonorréia, qualquer coisa de uma lá fora e botar em mim, aí pronto, aí complica todo o meu quadro [...] Mas ele eu não sei, ele nunca foi em médico, assim né, ele nunca conversou com médico sobre essa coisa, então ele acha que isso aí não tem nada a ver, que não pega. Que eu posso passar pra ele, mas não ele passar pra mim nada. Eu já convidei ele um monte de vezes pra vir consultar comigo. Que eu queria que o doutor explicasse tudo pra ele. Que é assim, não é só eu que passo pra ele, mas ele pode passar pra mim. Mas ele não vem (Adriana-soropositiva, companheiro soronegativo).

Entre casais sorodiscordantes o uso do preservativo em todas as relações sexuais é uma condição necessária para evitar a transmissão sexual do HIV, entretanto, pode-se perceber que as concepções negativas e de resistência dos homens ao uso do preservativo independem da condição sorológica da parceria⁽¹⁰⁾. Neste contexto, observamos que a noção de risco, no entendimento do companheiro, recai sobre a mulher por ela ser soropositiva, o que faz com que ele, mesmo se expondo a outras parcerias,

tenha a crença de que não transmitirá uma infecção mais grave do que aquela que a parceira já tem: o HIV. O fato de o companheiro ter se submetido por duas vezes ao teste anti-HIV com resultado negativo lhe confere uma sensação de segurança de que não irá contrair a doença. Segundo a literatura, o uso do preservativo acaba não sendo valorizado quando casais sorodiscordantes não usam preservativo por longa data e quando fazem o teste e percebem que não se infectaram, acreditando no mito que a mulher não transmite o HIV para o homem⁽⁸⁾.

Mesmo tratando-se de uma forma de cuidado que envolve o companheiro, visando também à proteção dele próprio, a mulher tem dificuldades em realizar esta negociação, seja pela resistência do companheiro em utilizar o preservativo, por acreditar que não vai contrair a doença, seja até mesmo como uma negação da presença do vírus, como podemos observar a seguir:

Eu tenho vários cuidados, tanto comigo quanto com a minha filha. O meu marido só que ele assim, não posso falar muito dele, ele é consciente que eu tenho o vírus, mas ele não quer usar camisinha. Eu falo disso pra ele todo dia, eu quero que ele faça o exame. Se um dia ele ficar doente a família dele vai vim toda pra cima de mim. Mas eu também não posso obrigar, trazer amarrado, porque ele não quer vir. A família dele sabe, mas assim, eles acreditam que nós usamos camisinha, mas é mentira. E eu também não vou falar a verdade. Mas eu morro de preocupação. Eu me sinto bem, porque eu tomo o remédio e porque me cuido. Só que a doutora fala que não é certo deixar de usar camisinha. Mais eu fico pensando de outro lado, que ele também pode ficar doente. Pode ter alguma reação. Eu já tive os sintomas no começo (Simone, companheiro soronegativo).

A negação do uso do preservativo pelo companheiro, ao ser relatada por Simone, aparece como algo irredutível. As práticas sexuais tendem a ser percebidas como naturais ou espontâneas. Esta concepção indica dificuldades de mudar o comportamento de forma dissociada das experiências compartilhadas. As percepções de risco e a adoção de medidas preventivas não estão limitadas ao acesso às informações e à decisão individual, mas resultam de um processo construído através da experiência social e da visão de mundo destes sujeitos. O fato de uma orientação ou prescrição invadir a privacidade do

casal pode até mesmo levar a uma motivação transgressora para não utilizar o preservativo. O discurso de prevenção e a normalização do comportamento chegam aos espaços mais íntimos dos seres humanos, ditando normas e orientando sobre como fazer sexo. No entanto, entre quatro paredes, longe da dominação biomédica, a transgressão destas normas torna-se para muitos não só inevitável, mas também desejável, como o resgate de uma autonomia e da liberdade em escolher como viver sua própria sexualidade. No domínio cultural de nossa sociedade ocidental, acredita-se que tudo é permitido se for feito por amor, sendo que a transgressão da norma acaba sendo justificada pelo desejo e pela impulsividade⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. Seja pela transgressão seja pela negação da presença do vírus, observamos no depoimento anterior a dificuldade da mulher em negociar o uso do preservativo, ainda que seja para a proteção do próprio companheiro.

Outros depoimentos que seguem reforçam a dificuldade de negociação do uso do preservativo, levando algumas mulheres participantes deste estudo a buscar outras estratégias de “proteção”:

Na verdade a relação com meu marido anda meio balanceada, aí raramente temos relações, ele não quer usar preservativo, por isso eu prefiro até não fazer (Helena-casal soropositivo).

Na verdade ele se cuida menos do que eu. Ele parece que não aceita muito o fato de ter que transar com camisinha, então diminuíram muito as relações, porque daí eu quero de um jeito, ele quer de outro, eu penso em me cuidar, ele já é mais relaxado. Eu tenho três filhos, Deus o livre em pensar em ter outro! Só não fiz a laqueadura porque não consegui, mas quero ver se consigo. Então tem tudo isso (Carla, soropositiva, companheiro soronegativo).

A partir dos depoimentos, observamos que as mulheres entrevistadas conhecem o discurso sobre o uso do preservativo e manifestam seu desejo de usá-lo, por motivos distintos. Quando não há um consenso sobre o seu uso, algumas das mulheres entrevistadas adotam estratégias que não são verbalizadas, mas que acontecem na prática cotidiana do casal, como a diminuição das relações sexuais e o coito interrompido. Esta parece ser uma forma que estas mulheres encontram de não contrariar o parceiro e tentar assegurar algum tipo de proteção na relação

sexual, para evitar a contaminação do parceiro, uma gravidez indesejada, uma exposição a outras doenças sexualmente transmissíveis ou até mesmo a reinfecção pelo vírus HIV. Este fato evidencia que, apesar de termos conquistado importantes mudanças nos sistemas de significados sexuais, especialmente entre as classes média e alta, além das conquistas que o movimento feminista tem alcançado nas últimas décadas, entre as camadas menos favorecidas a sexualidade ainda é submetida a modelos tradicionais, em que o peso e o poder do machismo continuam comandando as relações sexuais. Desta forma, grande parte das mulheres estão submetidas aos desejos dos seus parceiros, não conseguindo colocar em prática atitudes de proteção^(5,17).

A orientação quanto à utilização do preservativo é algo que precisa ser amplamente discutido nos serviços de saúde. Ao tratar deste tema com os indivíduos, é preciso valorizar os sentimentos, as dúvidas e as percepções sobre este uso, e acima de tudo que esta discussão não seja pautada por um tom normativo, mas que sejam debatidas as possibilidades de realização da sexualidade e discutida a vulnerabilidade das mulheres perante seus parceiros, os quais devem buscar junto com elas formas de resolução ou de melhor manejo do tema⁽⁵⁾.

A sorodiscordância se remete ao lugar que o parceiro soronegativo não ocupa nos serviços de saúde. Normalmente, o único espaço existente nos serviços de saúde que inclui o casal é o pré-natal. Além desta situação, os serviços não são estruturados para atender outras necessidades que envolvem o casal, como a vivência da sexualidade frente ao HIV. Quando os dois são soropositivos, tratam-se com infectologistas diferentes ou até com o mesmo infectologista, porém separadamente. Neste contexto, o tratamento é dado ao indivíduo, não ao casal. Se um dos parceiros é soronegativo, este acaba não tendo espaço na estrutura dos serviços de saúde. Os casais sorodiscordantes apresentam aspectos peculiares, que justificam um trabalho diferenciado que requer maior visibilidade por parte dos profissionais de saúde⁽¹⁹⁾. A sorodiscordância é um tema pouco abordado e discutido e merecedor de melhor compreensão, em vista da gama de desafios impostos para tais casais, no tocante à manutenção da vida afetivo-

sexual e ao enfrentamento da prevenção sexual do HIV. Para a abordagem desses aspectos, é fundamental a sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde envolvidos, propiciando espaços diferenciados de atendimento, que incluam também o parceiro soronegativo, visando à assistência integral e mais humanizada aos portadores do HIV/Aids e às pessoas do seu convívio, como sua parceria sexual e família. Como profissionais, compete-nos somar esforços no sentido de potencializar a capacidade natural dos diversos atores e setores da sociedade na conquista dos seus direitos sociais e o exercício pleno da cidadania, autonomia, e redução de sua vulnerabilidade⁽¹⁰⁻²⁰⁾. Neste sentido, faz-se necessário buscarmos estratégias para acolher estes casais e trabalhar este tema tão delicado, a fim de investir em estratégias que produzam maior simetria entre homens e mulheres, à medida que cada um assuma a responsabilidade pelo seu corpo, negociando a proteção em seus relacionamentos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao nos remetermos à vulnerabilidade das mulheres antes da infecção pelo vírus HIV e à descoberta do diagnóstico, observamos que a concepção dos “grupos de risco” é prevalente, levando pessoas que se percebem fora destes grupos a se considerarem invulneráveis ao vírus e deixarem de adotar práticas preventivas. As mulheres mostraram sua vulnerabilidade por acreditarem estar protegidas pela relação estável, o que confirma que as campanhas preventivas têm limitações, por não considerarem a realidade social.

Após a infecção, no entanto, o preservativo é requisitado para proteção contra uma contaminação por cepas mais resistentes do parceiro, no caso das relações sorodiscordantes, como meio de se proteger de outras infecções sexualmente transmissíveis ou como método contraceptivo, para evitar uma gravidez indesejada. Esta prática de cuidado é marcada por conflitos, pois envolve duas pessoas que necessitam estar de acordo e dispostas a utilizar o preservativo. É desta forma que podemos

afirmar que, neste estudo, o preservativo surgiu muito mais como prática de *descuido* do que propriamente de cuidado.

Foi possível perceber, entre as mulheres participantes, a dificuldade de negociar este recurso de cuidado com seus parceiros, mesmo se tratando de relações entre sorodiscordantes. Este fato reforça que as mulheres continuam reféns de sua vulnerabilidade, indicando a necessidade de instrumentalizá-las para tentar reverter esta situação mesmo após a infecção, visto que o discurso normativo e politicamente correto provoca pouco ou nenhum efeito sobre o indivíduo quando despojado do contexto sociocultural em que estas práticas acontecem. É necessário, enquanto profissionais de saúde, termos a compreensão de que a escolha da prática do preservativo é uma decisão do indivíduo e de seu companheiro, mas nem sempre este indivíduo tem capacidade de negociação.

Um recurso importante parece ser tentar resgatar o companheiro na assistência em saúde, buscando criar um espaço propício para esta discussão. Ainda que a vulnerabilidade feminina seja produto de um contexto histórico e sociocultural, ancorado na *cultura do machismo*, certamente temos que pensar estratégias de enfrentamento seja no nível *macro*, com políticas de saúde efetivas que visem de algum modo a desconstruir esta concepção, com a participação de vários setores da sociedade, seja no nível do *micro*, que implica promover discussões junto a homens e mulheres sobre direitos sexuais, reprodutivos e práticas de prevenção. O enfermeiro, como profissional que assiste portadores do HIV/Aids, deve integrar seu conhecimento num trabalho interdisciplinar e assumir seu papel de educador, trazendo estas discussões em diferentes momentos, tais como no ato do aconselhamento, das consultas, em grupos. É preciso desconstruir a posição de vítima muitas vezes assumida pelas mulheres por sua condição vulnerável, estimulando-as a serem sujeitos de sua saúde, de seu corpo e de sua sexualidade, independentemente de sua condição de saúde e da fase que estejam atravessando em sua vida.

SEXUAL PRACTICES AND THE USE OF CONDOM AMONG WOMEN WITH HIV/Aids

ABSTRACT

It is part of a descriptive-qualitative research that had as one of the objectives to discuss the incidence of women

with Aids and its reflex in the care practices in relation to that disease, in what concerns the sexual practices in the extent of relationships involving HIV-positives and HIV-negatives, using testimonies from HIV-positive women. The data was collected in a Specialized Care Service of the STD/HIV/Aids Service in a county of the greater Florianópolis city, Santa Catarina, Brazil. The participants were seven women, all over 18 years of age. The data was collected through semi-structured interviews. After the content analysis, the following categories were constituted: "Vulnerability before HIV infection" and "Vulnerability after HIV infection". The results indicate that women believe to be protected when they have a stable relationship. After the infection, condom is requested for protection against HIV or other diseases sexually transmissible, and as a contraceptive method. One realizes the difficulty in negotiating this care method with one's partners, even in dealing with relationships among HIV-negatives, which evidences that women continue to be hostages of their own vulnerability, even after been infected.

Keywords: Acquired Immunodeficiency Syndrome, communicable disease prevention; health vulnerability sexuality.

PRÁCTICAS SEXUALES Y EL USO DEL CONDÓN ENTRE MUJERES CON VIH/SIDA

RESUMEN

El presente artículo es parte de una investigación descriptiva cualitativa, a la cual tuvo como uno de sus principales objetivos, discutir la feminización de la epidemia del SIDA y su reflejo en las prácticas de cuidado, en lo que se refiere a las prácticas sexuales en el ámbito de las relaciones entre seropositivos y serodiscordantes, a partir de las declaraciones de mujeres seropositivas. La recolección de los datos fue realizada en un Servicio de Atención Especializado, del Programa ETS/VIH/SIDA de un municipio de la Gran Florianópolis/SC (Brasil). Siete mujeres participaron del estudio, todas ellas mayores de 18 años. La recolección de los datos fue hecha a través de entrevistas parcialmente estructuradas. Después de analizar el contenido, se establecieron las siguientes categorías de análisis: La Vulnerabilidad antes de la infección por VIH y la Vulnerabilidad después de la infección por VIH. Los resultados obtenidos indican que las mujeres creen estar protegidas al estar viviendo una relación estable. Después de la infección, el preservativo es solicitado como un método de protección a la contaminación por VIH, así como de otras enfermedades de transmisión sexual, o como un método anticoncepcional. En esta investigación, se percibe la dificultad que tienen las mujeres de negociar este recurso de cuidado junto a sus compañeros, mismo en relaciones entre serodiscordantes, demostrando con ello, que las mujeres continúan rehenes de su vulnerabilidad aún después de la infección.

Palabras Clave: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, prevención de enfermedades transmisibles, vulnerabilidad en salud, sexualidad.

REFERÊNCIAS

1. Parker R, Galvão J, Pimenta MC, Terto Junior V, organizadores. Aprimorando o debate: respostas sociais frente à Aids. Anais do seminário conquistas e desafios na assistência ao HIV/Aids. Rio de Janeiro: ABIA; 2002.
2. Ministério da Saúde. Plano Integrado de enfrentamento da feminização da Epidemia de Aids e outras DST. Brasília (DF); 2007.
3. Ayres JRCM, França Júnior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O Conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
4. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico AidsT. Ano I Nº 1 – 01ª a 26ª semanas epidemiológicas janeiro a junho de 2004.. Brasília; 2005. FALTA O AUTOR E TITULO DO ARTIGO ?????
5. Filgueiras SL, Deslandes SF. Avaliação das ações de aconselhamento: análise de uma perspectiva de prevenção centrada na pessoa. Cad Saúde Pública. 1999;15(2):121-31.
6. Figueiredo R, Ayres JRC. Intervenção comunitária e redução da vulnerabilidade de mulheres as DST/Aids em São Paulo, SP. Rev Saúde Pública. 2002;36(4 Supl):2-3.
7. Paiva V, Latorre MR, Gravato N, Lacerda R. Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/Aids em São Paulo. Cad Saúde Pública. 2002;18(6):1609-20.
8. Maksud I. Relacionamentos Conjugais e Aids. In: Maksud I, organizadora. Conjugalidade e Aids: a questão da sorodiscordância e os serviços de saúde. Rio de Janeiro: ABIA; 2002.
9. Nascimento AMG, Barbosa CS, Medrado B. Mulheres de Camaragibe: representação social sobre a vulnerabilidade feminina em tempos de Aids. Rev Bras Saúde Mater Infant. 2005;5(1):77-86.
10. Reis RK, Gir E. Dificuldades enfrentadas pelos parceiros sorodiscordantes ao HIV na manutenção do sexo seguro. Rev Lat Am Enfermagem. 2005;13(1):32-7.
11. Maliska ICA. O itinerário terapêutico de indivíduos portadores de HIV/Aids [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2005.
12. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture: an exploration of the bordeland between anthropology, medicine and psychiatry. Berkeley: University of California Press; 1981.
13. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996.
14. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
15. Oltramari LC, Camargo BV. Representações sociais de mulheres profissionais do sexo sobre a Aids. Estud Psicol. (Natal). 2004;9(2):317-23.

16. Parker, R. Na contramão da Aids: sexualidade, intervenção, política. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Ed. 34; 2000.
17. Achkar S. Aconselhamento e prevenção: alcances e limites. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA): integrando prevenção e assistência. Brasília (DF); 2004.
18. Monteiro S. Qual Prevenção? Aids, sexualidade e gênero em uma favela carioca. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
19. Knauth DA. "Sorodiscordância": questões conceituais e projetos em andamento (oomentários) In: Maksud I. organizadora. Conjugalidade e Aids: a questão da sorodiscordância e os serviços de saúde. Rio de Janeiro: ABIA; 2002.
20. Meirelles BHS, Erdmann AL. Redes sociais, complexidade, vida e saúde. Ciênc Cuid Saúde. 2006;5(1):67-74.

Endereço para correspondência: Isabel Cristina Alves Maliska. Rua: Trajano Margarida, 144 – apto203/ A. Trindade – Florianópolis- SC. CEP: 88036-050:. E-mail: isabel.alves07@yahoo.com.br

Recebido em: 20/11/2006

Aprovado em: 08/10/2007