

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
PROGRAMA DE DOUTORADO EM FILOSOFIA DE ENFERMAGEM

MARIA HELENA BITTENCOURT WESTRUPP

**PRÁTICAS SEXUAIS DE MULHERES DE PARCEIROS
INFECTADOS PELO HIV:**

Contribuições acerca da cadeia epidemiológica da transmissão do HIV/AIDS

Tese submetida à Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do Grau de
Doutor em Filosofia de Enfermagem

Florianópolis, SC

1997

**PRÁTICAS SEXUAIS DE MULHERES DE PARCEIROS
INFECTADOS PELO HIV:**

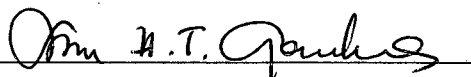
Contribuições acerca da cadeia epidemiológica da transmissão do HIV/AIDS

MARIA HELENA BITTENCOURT WESTRUPP

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de

Doutor em Filosofia de Enfermagem

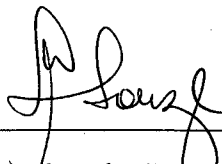
em sua forma final em 09 de maio de 1997, atendendo às normas da PEN e legislação vigente do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem - Programa de Doutorado em Filosofia de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.



Profª Lúcia Hisako Takase Gonçalves, Drª


Coordenadora do Curso

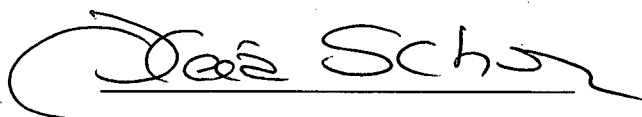
BANCA EXAMINADORA

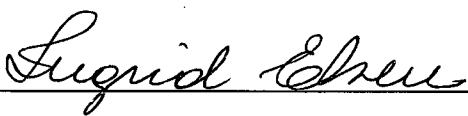


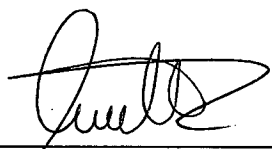
Profª Maria de Lourdes de Souza, Drª

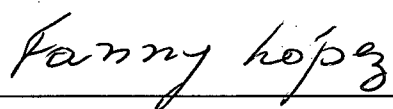
Presidente/Orientadora

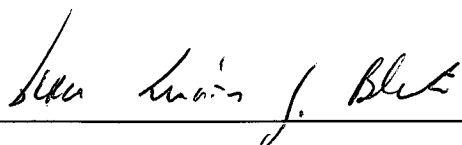

 Prof^o João Carlos Caetano, Dr. - Membro


 Prof^a Néia Schor, Dr^a - Membro


 Prof^a Ingrid Elsen, Dr^a - Membro


 Prof^a Sandra Caponi, Dr^a - Membro


 Prof^a Fanny Lopez Alegria, Dr^a - Membro


 Prof^a Vera Lúcia Guimarães Blank, Dr^a - Suplente

"A gente é que pega a AIDS e não a AIDS que nos pega. Contraímos o vírus da AIDS se estamos desprotegidos no caminho do vírus, se estamos desinformados ou não mudamos uma prática que nos coloca em risco de contrair o vírus HIV".

(Paiva & Alonso, 1992 p. 10)

Agradeço especialmente à(s)

Deus por ter me permitido viver para trilhar um caminho profissional cuja realização está calcada no amor, no respeito, na compreensão e na ajuda ao meu próximo.

Mulheres participantes da pesquisa. Razão maior da realização deste trabalho. Exemplos eternizados. A gratidão pelo acreditar no meu fazer e pela oportunidade para o meu aprender.

AGRADECIMENTOS

Minha gratidão a todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho e de forma especial agradeço à:

- **Nardi**, marido, companheiro e amigo, sempre ao meu lado nos momentos em que me sentia cansada e desestimulada, procurando incentivar-me para a busca do meu objetivo.

- **Cláudio** (in memorian), **Rodrigo e Rafael**, maiores obras de minha criação terrena, que me permitiram a experiência deliciosa de ser mãe. Verdadeiros filhos e amigos.

- **Stella e Heitor** (in memorian), meus pais, que me permitiram experienciar este mundo, colocando-me no caminho do bem, da verdade e da justiça, e **Aurecy**, minha mãe criadora e amiga, sempre presente em todos os momentos de minha formação como pessoa, como mulher e como profissional.

- **Familiars** tolhidos de minha presença e atenção souberam compreender a necessidade do meu chegar.

- **Prof^a Dr^a Maria de Lourdes**, minha orientadora. Colega, amiga e irmã ..., a certeza do meu eterno reconhecimento.

- **Marina**, minha sobrinha, que dispensou seu precioso tempo para ajudar na documentação de uma aula.

- **Fernanda**, minha sobrinha, que partilhou na busca das bibliografias e na digitação.

- **Sílvia**, minha sobrinha, que esteve ao meu lado, sempre, quando da falta de minhas energias física e emocional.

- **Eduardo**, meu sobrinho que, mesmo distante, fez-se presente buscando informações bibliográficas para o enriquecimento deste trabalho.

- **Neusa de Queiroz Santos**, mais que uma colega, uma amiga, mais que uma amiga, uma irmã; presente com palavras de incentivo, sobretudo as de ordem afetiva e espiritual, em todos os momentos desta caminhada.

- Professores do Departamento de Saúde Pública na pessoa da Prof^ª **Elza Berger Salema Coelho**, que na condição de Chefe, compreendeu as minhas limitações de tempo.

- Hospital Nereu Ramos, em especial aos profissionais do Ambulatório de Infectologia que facilitaram a realização da pesquisa nas pessoas das Enfermeiras **Luciane e Rochele**; dos Médicos **Mariette, Osvaldo e Antônio**; da Assistente Social **Roseli** e da Servidora **Marisa**.

- Centro de Saúde II - Florianópolis - Centro, em especial aos profissionais do Serviço de Doenças Sexualmente Transmissíveis, que facilitaram a realização da pesquisa, nas pessoas da Enfermeira **Jane**; do Médico **Júlio** e da Psicóloga **Sandra**.

- Hospital Universitário, em especial aos profissionais do Serviço de Assistência à Saúde Comunitária (SASC), que facilitaram a realização da pesquisa, nas pessoas dos Enfermeiros **Nicolau e Lilian**.

- **Elisabete da Silva Melo**, Enfermeira Sexóloga, sempre presente neste caminhar, como colega, como profissional e como amiga.

- Enfermeiras **Elisabete Flor e Yolanda Flores e Silva**; Médicos Sexólogo **Nilton César da Silva**, Ginecologista **Maria Inês Gasperini** e Clínico Geral **Renato Rosa** que contribuíram com seus conhecimentos no processo inicial da pesquisa.

- Diretoria de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, em especial aos profissionais da Gerência do Programa de DST/AIDS, na pessoa de **Renate Zimmermann**, sempre atenta quando das solicitações dos dados epidemiológicos.

- Prof^ª Dr^ª **Silvia Modesto Nassar** pela gentileza de compartilhar o momento da interpretação dos dados.

- Prof^º Dr. **Gustavo Caponi** pela paciência, pelo apoio e incentivo.

- Nurser **Margaret K. Basset MPH, MS, RN** da Radford University School of Nursing, Radford, and Virginia Partners Member, USA e **Nancy Eck, MS, RN**, Virginia Partners Member, USA, que contribuíram, embora distantes, na busca de referências bibliográficas.

- Prof^º **Lauro Junkes** que, na compreensão da importância do meu afastamento das atividades docentes para o cumprimento de parte dos créditos do Curso, concedeu parecer favorável, na condição de relator do processo.

- Colegas do Curso, na pessoa de **Thereza Meiga Pinto** (in memoriam), que se já não se encontra entre nós, por certo está entre as galáxias, iluminando nossos pensamentos.

- Servidores Administrativos do Departamento de Saúde Pública, nas pessoas de **Jair, Ledenir, Cunha e Vânia**, pela disponibilidade em atender aos meus pedidos, sempre com boa vontade.

- Servidores Administrativos da Pós-Graduação em Enfermagem, nas pessoas de **Cecília, Helena, Romualdo, José Sabino e Ricardo**, pelo apoio dispensado.

- Funcionários da REPENSUL, nas pessoas de **Suzana, Christian, Vander, Carlos, Vanderley e Vagner**, pela prestimosa atenção, paciência e generosidade dispensadas em todos os momentos deste trabalho.

- **Servidores** da Biblioteca Central e do Centro de Ciências da Saúde no Hospital Universitário, pela disponibilidade na procura das referências bibliográficas.

- **Funcionários** do Serviço de Xerox do CCS, sempre disponíveis a atender minhas solicitações.

- **Rosimere Gutihá Meurer**, pelo apoio na formatação dos escritos, segundo as normas exigidas. A sua maneira de ser e agir é uma escola.

- **Fernando Volkmer** pela ajuda inestimável em todos os momentos da necessidade de seus conhecimentos de inglês.

RESUMO

O trabalho efetuado tem o objetivo de contribuir para a reflexão sobre as práticas sexuais de mulheres de parceiros infectados pelo HIV, proporcionando subsídios acerca da Cadeia Epidemiológica da transmissão do HIV/AIDS. Fatores de risco comportamentais foram analisados mantendo um olhar atento para os demais que a eles se relacionam. Em se tratando de sexualidade, assunto ainda incipiente nos “estudos científicos”, principalmente os conduzidos por enfermeiros, foi necessário obter informações dos membros dos grupos, por meio de entrevistas individuais. A população escolhida foi a que freqüentou os Ambulatórios para diagnóstico e tratamento de DST/AIDS, existentes em Florianópolis, no período de 01 de junho de 1995 a 01 de abril de 1996. Foram selecionadas mulheres com o conhecimento de serem seus parceiros infectados pelo HIV e estarem convivendo sexualmente com eles num período mínimo de seis meses. Foram entrevistadas 40 (quarenta) mulheres: 24 (vinte e quatro) mulheres soropositivas e 16 (dezesseis) mulheres soronegativas, com dois ou mais testes de Elisa e Imunoflorescência para pesquisa de anti-HIV. A pesquisa foi dirigida aos aspectos das práticas sexuais enfocadas no conceito de sexo seguro do Ministério da Saúde do Brasil, antes e depois das mulheres terem conhecimento dos resultados dos seus exames de laboratório e/ou de seus parceiros. No estudo foram incluídas as três práticas sexuais largamente difundidas, sexo oral, vaginal e anal, como meio de contaminação para o HIV além de perguntas relacionadas ao uso de condom; ao orgasmo; ao uso de anticoncepcional oral; à história de lesão de colo de útero e prevenção de câncer e à história de DSTs. As respostas obtidas revelaram que as práticas sexuais com parceiros soropositivos, antes e depois do resultado dos exames de laboratório, diferiam. Os achados ampliaram minhas inquietações acerca do porquê os registros estatísticos do Ministério da Saúde, demonstram que os casos de HIV/AIDS têm aumentado consideravelmente em todas as regiões do Brasil, através da contaminação sexual entre heterossexuais sem outra causa associada. A perspectiva da vida sexual revelada pelas mulheres componentes do estudo é diferente da que tradicionalmente se espera após a adoção de campanhas de prevenção a doenças, particularmente as de alta letalidade.

ABSTRACT

Along this work, the goal has been to contribute towards a reflection on sexual practices of women whose partners are infected with the HIV, offering support for studies on the transmission of the HIV/AIDS epidemiologic chain. Behavioral risk factors have been analyzed, keeping an attentive eye on all other related factors. Dealing with sexuality, a still incipient subject in "scientific studies", mainly those conducted by nurses, it became necessary to gather data on the group members, by means of individual interviews. The population was chosen among those waited upon at the outpatient stations for diagnosis and treatment of sexually transmitted diseases/AIDS, in Florianópolis, from June 1st, 1995 to April 1st, 1996. Women were selected who were aware of their partners' HIV infection, and who had also been living sexually with them for a minimum period of 6 months. Forty women were interviewed: 24 (twenty-four) serum-positive ones, and 16 (sixteen) serum-negative, with two or more Elisa and immuno fluorescence tests for the anti-HIV research. Sexual practices were studied, such as viewed from a safe-sex concept taught by the Brazilian Health Bureau, both before and after these women had received the results from their own laboratory tests and/or from their partners. In this study, the three most widely practiced sex forms were included, i.e., oral, vaginal and anal sex, as the HIV contamination form. Questions were also put to participants regarding the use of condoms, orgasm, the use of oral contraceptives, a story of uterine collum lesion, cancer prevention, and a history of sexually transmitted diseases. Answers obtained revealed differing sexual practices with serum-positive partners before and after the laboratory exams. Findings came to increase my concern on why statistical records released by the Health Department show a considerable increase of HIV/AIDS cases all over Brazil, through sexual contamination among heterosexuals without the existence of any other associated cause. Perspectives for a sexual life, such as revealed by the study participants, are different from those which would be traditionally expected following the implementation of campaigns for the prevention of diseases, particularly where the latter are highly lethal.

ÍNDICE

	PÁG.
AGRADECIMENTOS	6
RESUMO	10
ABSTRACT	11
INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO I	
1 - EXERCENDO A ENFERMAGEM E A SAÚDE PÚBLICA: JUSTIFICATIVA DE UMA PROPOSTA	23
2 - A ENFERMAGEM COMO PRÁTICA ASSISTENCIAL DIANTE DA EPIDEMIA TRÍPLICE	26
CAPÍTULO II	
3 - DAS EPIDEMIAS NA HISTÓRIA À EPIDEMIA TRÍPLICE	30
4 - DA SEXUALIDADE E DOS DIREITOS	51
CAPÍTULO III	
5 - OBJETIVO	63
6 - PROCEDIMENTO METODOLÓGICOS	63
A - Da Escolha do Método	64
B - Da Execução: Coleta de Dados	69
B.1 - Da construção do questionário	69
B.2 - Da validação	70
B.3 - Da aplicação do questionário	71
CAPÍTULO IV	
7 - DAS PRÁTICAS SEXUAIS À VULNERABILIDADE AO HIV	75
7.1 - Caracteres Gerais	75
7.2 - Da Sexualidade e Variáveis Estudadas	83
7.2.1 - Número de Parceiros Sexuais	83
7.2.2 - Práticas Sexuais	85
7.2.2.1 - Sexo Oral	86
7.2.2.2 - Sexo Vaginal	89
7.2.2.2.1 - Sexo Vaginal e Orgasmo	92
7.2.2.3 - Sexo Anal	95

7.2.2.4 - Uso do Preservativo de Látex (Condom, Camisinha de Vênus)	97
7.2.2.4.1 - Uso de preservativo na relação vaginal	99
7.2.2.4.2 - Uso de preservativo na relação anal	100
7.2.2.5 - Carícia em Geral	103
7.2.2.6 - Doenças Sexualmente Transmissíveis - DSTs	105
7.2.2.7 - Prevenção do Câncer Uterino e Lesão do Colo de Útero	106
7.2.2.8 - Uso de Anticoncepcional Oral	109
 CAPÍTULO V	
8 - SOROPOSITIVAS E SORONEGATIVAS: FORMAS DE ENFRENTAMENTOS	112
 CAPÍTULO VI	
9 - A ENFERMAGEM E OS (CON) VIVENTES COM O HIV	119
 CAPÍTULO VII	
10 - CONSIDERAÇÕES FINAIS: DOS ACHADOS SOBRE A CADEIA EPIDEMIOLÓGICA DA TRANSMISSÃO DO HIV/AIDS	124
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	134
ANEXOS	147

INTRODUÇÃO

Desde o início da década de 80 a AIDS tem sido vista como um problema relacionado ao gênero masculino, uma vez que os primeiros casos da doença foram identificados em homossexuais masculinos.

Todavia, o sectarismo dos meios de comunicação e da comunidade científica ao revelar as formas de contaminação, definindo a AIDS como uma doença "gay", levou a sociedade como um todo a esquecer-se de si própria, deixando inclusive de lado a possibilidade de ocorrer a "feminização" da epidemia, como se homens não transmitissem o vírus às mulheres e/ou vice-versa.

Trata-se de uma questão que ainda nos dias de hoje, passados dezesseis anos dos registros dos primeiros casos, faculta-se a idéia de que a "epidemia é masculina", que o problema está distante do meio em que vivemos e que as mulheres atingidas ainda são aquelas, cujo comportamento sexual fere aos princípios morais da "família brasileira".

Às prostitutas e aos homossexuais masculinos foi e ainda lhes é imputado o legado da contaminação por uma sociedade que se esconde de uma realidade explícita, cuja epidemia está a bater na porta de cada uma de nossas casas e cujos números mostram que a AIDS não é só uma "doença masculina".

Na virada do século ter-se-ão em nosso país homens e mulheres correndo o risco equivalente de ocupar um primeiro lugar no "ranking" da epidemia.

A saúde da população está diretamente relacionada as condições sócio econômicas e a política de saúde adotada pelos governantes.

Em populações com baixo nível sócio-econômico, e nos países onde os aspectos relacionados a prevenção dos agravos de saúde são relegados a segundo plano as doenças, até mesmo outrora erradicadas têm sido registradas, fazendo-se presente uma ameaça de novas epidemias. Exemplo disso, tem sido o aparecimento de novos casos de tuberculose, cujos registros do Ministério da Saúde têm mostrado que a média de incidência no Brasil é de 53,2 casos para cada 100 mil habitantes. Já em Santa Catarina, a média de casos novos de tuberculose é de 29,8 para cada 100 mil habitantes (Diário Catarinense citado por Westrupp, Verdi e Calliari, 1997, p. 68).

A solução para o controle dos agravos de saúde, seria a “erradicação das desigualdades sociais”, através da adoção de medidas preventivas sistemáticas e de largo alcance.

No caso do HIV/AIDS, é possível verificar a marcante vinculação aos aspectos relacionados as condições sócio econômicas menos favorecidas aliada ao descaso das autoridades ao silenciarem sobre a prevenção social, amplamente aplicada em qualquer faixa etária e sexo e pela falta de conscientização da sociedade sobre o assunto.

Destaque-se aqui, também, a influência cultural sobre a mulher, tornando-a mais vulnerável ao risco de contaminar-se. Até porque, a mulher casada ou com "parceiro permanente", na grande maioria, vive o perfil decisório masculino independente da "opção" pela hetero ou bissexualidade.

Por outro lado, há a questão de que à mulher é "imposto" o dever de calar e compreender o exercício sexual de seu parceiro, como se ela fosse única e ele condutor de seu destino livre de risco. A "verdade", entretanto, nem sempre é assim, pois o homem tem e vive a sexualidade de modo diferente da

Registros do Ministério da Saúde, mostram que até novembro de 1996 foram notificados 8.025 casos de AIDS em mulheres, por contaminação através da via sexual (Ministério da Saúde, 1996).

Considerando-se a via sexual como um componente importante da cadeia epidemiológica da transmissão do HIV/AIDS, e o discurso oficial brasileiro sobre sexo seguro¹, há que se destacar a necessidade de estudos sobre a sexualidade e AIDS.

O sexo seguro vai além do uso de um método de barreira que impeça o intercâmbio de fluídos entre os parceiros. Para Terto Jr. (1992, p. 118) "mais do que um termo técnico ou o uso do preservativo, sexo mais seguro quer dizer proteção, responsabilidade consigo e com nossos parceiros, com o passado, o presente e o futuro de cada ato sexual por nós praticado".

A questão da sexualidade deve ser vista por meio de alguns aspectos de ordem teórico-prática na abordagem biológica, social e cultural. Entretanto, há carência de estudos, dentre a bibliografia consultada, sobre diferentes tipos de práticas sexuais em mulheres e se essas lhes permitem algum tipo de proteção. Tal questão requer ainda uma reflexão sobre o entendimento biológico social do sexo seguro e de sua relação com o processo de unidade entre homens e mulheres, pois, ainda que universal, a sexualidade é diferente entre os seres humanos, por conta das divergências culturais.

É importante lembrar, neste momento, a teoria criada por Vichow, citado por Rosen (1994, p. 78), "segundo a qual a doença epidêmica seria a manifestação de desajustamento social e cultural".

¹ Sexo seguro - "Atividade sexual onde não há intercâmbio de sêmem, fluídos vaginais ou sangue entre os parceiros. Pode envolver práticas como beijo (se não houver quaisquer lesões orais), carícias, abraços e manipulação genital (se não houver quaisquer lesões cutâneas). Também pode envolver coito vaginal ou anal, sempre que a camisinha for utilizada durante todo o ato. Poderá ocorrer falhas se a camisinha não for utilizada sempre com todos os parceiros sexuais" (Ministério da Saúde citado por Gir et al, 1994, p. 145).

presença de um só fenômeno que forma um todo, que não é puramente biológico, psicológico ou sociológico em sua essência."

A OMS (Organização Mundial da Saúde) citada por Giami (1994, p. 231) define que "o comportamento sexual, em sentido amplo, abrange uma ampla gama de atividades sexualmente orientadas que vai da amizade às relações homo ou heterossexuais, englobando os métodos de contracepção, notadamente o uso de preservativos. É influenciado pela ideologia sexual, pela atitude em relação ao risco e pela oportunidade, e exerce também, em retorno, influência sobre esses três fatores".

Laumann et al citado por Giami (1994, p. 231) escreve que "no texto intitulado *Life course and network considerations in the design of the survey of health and sexual behaviour* os autores empregam os termos "práticas sexuais", "condutas sexuais", "atividade sexual", "contato sexual", "transação sexual", "vida sexual", "*script* sexual" no sentido de tentar definir o objeto da pesquisa, para enfim deterem-se em uma definição operacional da sexualidade entendida como atividade sexual: "Em lugar de relação, intromissão ou orgasmo, optamos por uma definição de atividade sexual mais ampla; assim, é considerada sexual toda atividade voluntária e mútua, com uma outra pessoa, que implique contato físico e excitação sexual (ou seja, sentir-se verdadeiramente excitado), mesmo que não se produza a relação".

O conceito de parceiros e das práticas sexuais tem na história do mundo uma trajetória de forma variada entre as diversas culturas e religiões.

"O nível no qual uma cultura marca uma parceria como "sexual" ou "não sexual" é instrutivo para a compreensão da composição dos papéis sociais e sexuais em uma sociedade. As parcerias sexuais são influenciadas pelos papéis e pelas atividades sociais; por outro lado, o sistema de sanções e proibições em uma sociedade limita os relacionamentos entre parceiros" (Parker et al, 1995, p. 17).

A determinação do risco da contaminação através da via sexual deve ser considerada, segundo *The Act up* citado por Barbosa (1996b, p. 155), "levando-se em conta as situações específicas de cada país, a diversidade das práticas sexuais, a situação de saúde da população e a prevalência de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) naquela sociedade".

Apesar da AIDS ser considerada como uma Doença Sexualmente Transmissível, desde os primeiros registros de casos o seu surgimento mostrou ao mundo um descaso referente aos estudos sobre o comportamento humano e às doenças sexualmente transmissíveis.

"A ausência de uma tradição teórica e metodológica definida para a realização de pesquisas sobre a sexualidade humana legou aos pesquisadores da AIDS pouca ou nenhuma base para a avaliação das práticas sexuais relevantes à disseminação da infecção pelo HIV e limitou sua capacidade de contribuir, de forma significativa, para o desenvolvimento de estratégias mais significativas de prevenção contra a AIDS" (Parker et al, 1995, p. 18).

As publicações existentes sobre o comportamento sexual humano têm, em sua maioria, conotação antropológica e conceitual, como pode ser observado nas pesquisas realizadas por Kinsey citada Giami (1994), nos Estados Unidos; Gregersen (1983), em todo o mundo; e Parker (1991), no Brasil.

O comportamento e as práticas sexuais recebem as mais diversas definições de pesquisadores, geralmente de forma ampla.

Kinsey citado por Giami (1994, p. 217) refere que "o comportamento sexual do homem é resultado de sua organização morfológica e fisiológica, assim como da situação na qual ele realiza suas experiências, juntamente com o conjunto de seres e de coisas que o cercam. [...] Esse comportamento está submetido a fatores de ordem biológica, psicológica e sociológica, mas todos esses elementos agem simultaneamente e no final, encontramos-nos em

mulher, em que a parceria sexual se dá em termos de oportunidade social e não somente de "obrigações".

Os números da AIDS têm mostrado que esta epidemia não corresponde somente a determinados grupos sociais e que o aumento dos casos tem revelado uma acentuada aproximação de incidência em homens e mulheres, independente da idade, cor e grau de instrução.

Se em 1983 a relação de casos de AIDS era de 37 homens para 1 mulher, até novembro de 1996, segundo o Ministério da Saúde (1996), foi constatado que para 4 homens portadores do vírus da imunodeficiência humana, HIV, encontra-se 1 mulher contaminada. Em Santa Catarina, até novembro de 1996, a razão por sexo era de 3/1 (Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, 1996).

Esta proximidade é preocupante, principalmente, por dois fatores. Primeiro, nem sempre os números oficiais revelam a realidade, tendo em vista o histórico problema de subnotificação de doenças infecto-contagiosas no Brasil, sobretudo as que desvelam informações de caráter íntimo, tais como as doenças sexualmente transmissíveis, fazendo-nos crer que a relação entre o número de casos de AIDS entre homens e mulheres deva ser bem menor.

Para Bastos (1995, p. 257) "há uma defasagem temporal importante entre o que se poderia denominar de epidemia pelo HIV e a notificação de casos de AIDS, dado o longo período situado entre a infecção pelo HIV e o início do quadro sindrômico e o substancial atraso da notificação desses casos em nível regional e nacional".

Segundo, na medida em que cresce o número de casos de AIDS em mulheres, aumenta também a chance de bebês nascerem contaminados pelo vírus, colocando em risco o futuro da população.

Alfred Kinsey e colaboradores estudaram durante os anos de 1938 a 1949, pela primeira vez, o comportamento sexual humano nos Estados Unidos, através de uma pesquisa com homens e mulheres, resultando no conhecido "Relatório Kinsey". Neste estudo eles destacaram que o sexo oral é uma atividade comum entre os heterossexuais americanos, além de homens e mulheres manifestarem ser tanto o estímulo anal quanto o vaginal excitantes. Com relação ao sexo anal somente 8% dos 11.200 homens e mulheres entrevistados admitiram desenvolver esta prática sexual (Glasel, 1991).

Glasel (1991) escreve, ainda, que é importante ressaltar que a prática do coito anal e a felação eram permitidos na China, antes do século XVII, contudo, sem ejaculação, uma vez que a perda do sêmem era considerada prejudicial à saúde. Além disso a homossexualidade masculina e feminina, bem como a cunilíngua, também eram comportamento e prática aceitos. O coito anal foi muito usado na França e na Grécia medievais e pós medievais como método de controle da natalidade.

"Se determinadas práticas sexuais que foram ou ainda são entendidas por alguns grupos de pessoas como desvios ou perversões sexuais, estas foram sem dúvida passando de cultura á cultura e introjetando-se em certas gerações, de tal forma que atualmente fazem parte do comportamento sexual de muitos indivíduos, sem nenhuma referência de atribuição patológica" (Gir et al, 1994, p. 2).

Isso pode ser verificado nas pesquisas sobre sexualidade realizadas, principalmente, nos últimos vinte anos, em que o contato oro-genital, o coito anal e o uso de "consolo"² são relativamente comuns nas práticas e comportamentos sexuais tanto entre homo quanto entre heterossexuais.

² Consolo - "Nome coloquial genérico dado a qualquer tipo de pênis artificial. O termo é forma abreviada de expressão vulgar "consolo de viúva", ou, também, está inspirado pelo nome francês do acessório, *cosolateur* (consolador)" (Pereira, 1987, p. 167).

Se a história da sexualidade mostra uma trajetória com características marcantes de preconceitos ou não, é importante que se reflita sobre o pensar da humanidade acerca dos comportamentos sexuais existentes diante da epidemia³ de SIDA/AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida ou Acquired Immune Deficiency Human Syndrome) que grassa este final de século. Epidemia esta que, a exemplo das que já ocorreram no mundo por outras patologias e que ceifaram vidas e dizimaram gerações, torna-se um problema de cunho sócio-cultural, econômico e político, até a descoberta da prevenção e tratamento específico

A par da vivência da humanidade com "epidemias", ainda são repetidas situações como a falta de registro adequado das informações, a falta de difusão e reflexão sobre a realidade e expansão, a similitude entre as cadeias epidemiológicas e o estigma e a falta de solidariedade com as pessoas atingidas.

Mediante a ocorrência da epidemia tríplice e visando buscar subsídios para o estudo da cadeia epidemiológica da transmissão do HIV/AIDS, selecionei como principal indagação para a busca de alguma resposta, no presente estudo: "Como são as práticas sexuais de mulheres soropositivas e soronegativas, antes e após saberem da soropositividade de seus parceiros?"

³ Epidemia - "É o aparecimento de um número superior a Frequência normal de casos em um tempo limitado e em uma área determinada" (Rojas, 1974, p. 44; Mazzafero e Saubert, (1976, p. 114).

CAPÍTULO I

1 - EXERCENDO A ENFERMAGEM E A SAÚDE PÚBLICA: JUSTIFICATIVA DE UMA PROPOSTA

O desenvolvimento do estudo de uma temática específica relacionada à AIDS surgiu em decorrência da minha participação, como Enfermeira de Saúde Pública num Ambulatório de referência para diagnóstico, controle e tratamento de HIV/AIDS, pertencente à Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina.

A necessidade de oferecer às pessoas, que se viam na contingência de fazer o exame para diagnóstico do HIV, um serviço que lhes desse informações com credibilidade e mantivesse, sobretudo, o sigilo da informação fez com que os infectologistas buscassem junto à Secretaria de Estado da Saúde uma Enfermeira com experiência em Saúde Pública para integrar-se na equipe, levando-me assim ao desafio deste novo trabalho.

O Ambulatório teve, então, seu atendimento desde 1987, com estruturação definida a partir de fevereiro de 1988, quando da composição da equipe multiprofissional, integrada por Assistente Social, Enfermeira, Médico, Odontólogo e Psicólogo.

A pessoa ao chegar no Ambulatório tinha seu primeiro contato com a Enfermeira de Saúde Pública, que em entrevista definia sua trajetória pelo serviço.

A necessidade do fluxo do cliente no Ambulatório, passando pela equipe multiprofissional, nos diferentes estágios de sua consulta, era um elemento muito forte para o afloramento da confiança e segurança entre ele e os

profissionais. Com isso, as barreiras eram ultrapassadas e as informações fornecidas, por ambas as partes, fluíam naturalmente.

Com o passar dos anos, observou-se que o número de pessoas contaminadas aumentava sem controle, revertendo inclusive o perfil das causas de contaminação e da população atingida. Esta observação ocorreu no campo da prática ambulatorial e de internação, bem como através de dados registrados pelo Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS, no Boletim Epidemiológico editado pelo Ministério da Saúde.

Se no Brasil, até 1992, já haviam sido registrados 33,36% dos casos de AIDS em mulheres por exposição heterossexual, no Ambulatório, segundo Westrupp et al (1995a), neste mesmo período, 30,7% das mulheres contaminadas e lá consultadas, segundo suas próprias informações, adquiriram o vírus por contato sexual.

Dada a minha atuação no Ambulatório, desde a sua organização, foi possível constatar a modificação acentuada da incidência de casos de HIV/AIDS em mulheres, sobretudo, nas sexualmente ativas. Paralelamente, porém, verifiquei que algumas mulheres companheiras de portadores de HIV não apresentavam soroconversão, levando-me a questionar sobre quais fatores, relacionados às práticas sexuais, estariam contribuindo para isto.

Apesar de saber e vivenciar que, ao me colocar a par de histórias de vida que desvelam intimidades jamais anteriormente relatadas estaria compartilhando de experiências que traduzem muitas vezes resignação, revolta, compaixão e submissão, aceitei o desafio, pois assim procedendo os profissionais do Serviço teriam condições de oferecer um trabalho de prevenção e controle o mais próximo possível da realidade com vistas à sua transformação.

"Assistir a indivíduo infectado pelo HIV e com AIDS é uma tarefa árdua" lembra Gir (1994, p. xiv), porém, entendo que como enfermeira, e no meu trabalho desenvolvendo a maior parte das atividades junto aos pacientes e/ou seus familiares, o papel por mim conquistado passa a ser desafiador, no sentido não só de assistir mas também de ajudar a prevenir.

Com base nas experiências vivenciadas, e vulnerável como qualquer outra pessoa ao risco de contaminar-se, como profissional e como mulher, resolvi estudar sobre as práticas sexuais de mulheres de parceiros infectados pelo HIV, como contribuição acerca da cadeia epidemiológica da transmissão do HIV/AIDS.

O estudo proposto é o primeiro a ser realizado em Santa Catarina relacionado a esta temática, haja vista que consultei as fontes bibliográficas oficiais da produção científica dos últimos cinco anos e não encontrei autores que mencionassem pesquisas relacionadas às práticas e comportamentos sexuais ou à sexualidade das mulheres e à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida em Santa Catarina.

Esses fatores constituem subsídios para a transposição de desafios que se apresentam aos cidadãos, particularmente às mulheres e aos profissionais de saúde.

2 - A ENFERMAGEM COMO PRÁTICA ASSISTENCIAL DIANTE DA EPIDEMIA TRÍPLICE

Os riscos com relação aos agravos de saúde existem em qualquer processo de trabalho, porém Verrúcio (1989) destaca que a possibilidade de transmissão do HIV, para trabalhadores de assistência à saúde, com exposição ocupacional de pacientes infectados tem causado preocupação desde o aparecimento da AIDS.

Importante faz-se que as rotinas hospitalares sejam adequadas ao atendimento em qualquer unidade de tratamento, uma vez que o indivíduo que procura assistência pode estar infectado pelo HIV, sem ter conhecimento, assim como profissionais de saúde podem ter se infectado e também não saberem.

Lewi apud Monay (1992, p. 6) diz: "[...] as preocupações têm de ser de ordem universal. Não só o indivíduo que está rotulado como paciente portador do vírus da AIDS, mas, uma série de outros doentes, dentro do ambiente hospitalar, com patologias diversas que até pouco tempo atrás não se relacionavam à AIDS, ou melhor dizendo, os indivíduos que estejam internados em outras situações clínicas podem estar contaminados, também, com o vírus da AIDS e, por isso, essas precauções são universais".

A inobservância dos cuidados mais elementares, em rotinas de atenção a pacientes de modo geral, por parte dos profissionais de saúde, relacionados às precauções universais, aumentam a vulnerabilidade ao risco de contaminar-se.

Segundo o Jornal SBI (Informativo da Sociedade Brasileira de Infectologia) (1995) o CDC (Center for Disease Control and Prevents) divulgou, em 1995, que 46 profissionais de saúde até aquele ano “foram comprovadamente contaminados com o vírus HIV em acidentes de agulha ou bisturi e desses, 20 já desenvolveram a doença”.

Os acidentes ocorreram em 90% dos casos com agulha e nenhum com agulha de sutura. “Os acidentados foram enfermeiros, a maioria coletores de sangue, 3 técnicos de laboratório, 6 médicos (nenhum cirurgião), 1 técnico em terapia respiratória, 1 técnico de diálise, 1 de cirurgia e 1 profissional de limpeza”. (Jornal SBI, 1995)

No Brasil, não há registro de pesquisa sobre esses aspectos, conduzida pelo Ministério da Saúde ou por ele patrocinada.

Westrupp e Souza (1994, p. 454) escrevem que “é fundamental a adoção de “cuidados de biossegurança” como dever ético-legal, no enfrentamento do HIV/AIDS pelos profissionais de saúde [...]. A evitabilidade do contato com o HIV no ambiente de trabalho, através da adoção de medidas de segurança, exige responsabilidade quanto aos aspectos social, profissional e individual”.

É preciso que o enfermeiro e a equipe de Enfermagem revejam seus comportamentos e atitudes, para que a evitabilidade da AIDS, pelos componentes desta equipe, não fique restrita a iniciativas pessoais.

Em estudo realizado com discentes de um Curso de Enfermagem, Barroso et al (1995, p. 281), concluíram que “o aluno percebe o risco de contrair a AIDS, conhece as medidas de bio-segurança, entretanto não toma decisão. Quando se trata de ações relacionadas ao risco de contrair a AIDS não procuram ter um posicionamento político perante as instituições para questionarem o risco ocupacional a que possam estar expostos, tanto por falta de uma orientação, mais conscientizadora dos riscos relacionados ao ensino

das práticas bem como a responsabilidade da instituição de prover material de proteção".

O indivíduo, portador de HIV/AIDS em busca de assistência preventiva e/ou curativa, requer atenção semelhante às pessoas que apresentam qualquer doença infecciosa ou outra patologia.

Cameron e Shepard (1993, p.194) comentam que "uma questão que surge constantemente é a desigualdade ao acesso e uso de serviços para segmentos da população infectada pelo HIV/AIDS. Nenhuma comunidade ou país teve sucesso em garantir igualdade universal ...".

É fundamental que haja uma definição da política de atendimento com cuidados universalizados, por parte das instituições de saúde, para evitar a contaminação dos que assistem, e dos que recebem assistência. (Westrupp e Souza, 1994).

Sourdif (1993, p. 28) diz que "bom número de profissionais de saúde não estão suficientemente sensibilizados para as questões das mulheres e sida".

Mesmo sendo portador do HIV e/ou AIDS, o indivíduo não perde a sua cidadania e por isso ele tem direito a participação em todos os aspectos da vida social e nenhuma ação poderá restringi-lo desse direito.

Desta forma, lembram Westrupp e Souza (1994, p. 454) "a equipe de Enfermagem, principalmente o enfermeiro, deve preparar-se para trabalhar de forma competente e humana com a realidade: **a epidemia de portadores de HIV e AIDS**".

CAPÍTULO II

3 - DAS EPIDEMIAS NA HISTÓRIA À EPIDEMIA TRÍPLICE

Ao se reconhecer a história pode-se observar que os maiores problemas coletivos de saúde, enfrentados pela humanidade, relacionaram-se com o modo de viver em comunidade.

Apesar da evolução diferenciada da área da saúde e suas relações com o desenvolvimento científico e da inexistência de tecnologia, à época, o controle das doenças transmissíveis, por meio do saneamento, da provisão de água e comidas limpas e em quantidade suficiente, da assistência médica, além da diminuição da incapacidade e do desamparo, eram atividades que se não preveniam, faziam com que as doenças variassem no tempo e no espaço em termos de incidência e prevalência⁴ (Rosen, 1994).

Até que as doenças fossem observadas à luz de uma teoria científica e racional e que suas causas estivessem ligadas, especialmente ao clima e ao ambiente, as epidemias se fizeram presentes repetidamente no mundo, quase sempre de modo cíclico. (Rosen, 1994)

⁴ A variação no tempo e no espaço é mostrada por ROSEN (1994, p. 32-33), ao descrever que "encontravam-se evidências de atividades ligadas à saúde comunitária nas antigas civilizações ... No decorrer de longos períodos da História, crenças e práticas religiosas avizinharam limpeza e religiosidade. As pessoas se mantinham limpas para se apresentarem limpas aos olhos dos deuses e não por razões higiênicas ... Os médicos antigos e medievais em geral, não distinguiam as diferentes doenças e se preocupavam, ao invés, com vários grupos de sintomas. Explicavam-se as evidências de desordem na saúde por meio de teorias sobre a mistura anormal dos fluidos do corpo (humoralismo) ou acerca dos estados, constrictos ou relaxados, das partes sólidas do corpo (solismo) ...".

O enfrentamento das doenças, endêmicas ou epidêmicas, ocorria individualmente ou em grupos de acordo com a natureza da enfermidade e de três formas distintas. São elas:

1) O homem entendia que os fenômenos naturais tinham influências de forças sobrenaturais, ou seja, a enfermidade se apresentava como um castigo vindo dos deuses em consequência de determinados comportamentos. Sem portar responsabilidade legal sobre o tratamento, as pessoas denominadas como bruxos, feiticeiros, enviados, médiuns, dentre outros, serviam de intermediário entre o doente e as forças sobrenaturais;

"Os deuses também podiam curar as pessoas, bastando para isto que lhes fosse feito o sacrifício apropriado" (Gaarder, 1995, p. 68).

2) Ocorre com o encaminhamento de estudos para esclarecer as diferenças entre as doenças, através da identificação dos sintomas, local e causa, da forma mais detalhada possível;

"A necessidade de viver originou toda uma literatura sobre a preservação da saúde, fundada, em essência, em fontes clássicas" (Rosen, 1994, p. 69).

3) Apesar do conhecimento, o pensamento da população não se mostrou destituído da teoria espiritual, havendo um misto do conhecimento e do sobrenatural. Fato esse que ocorre até hoje, pois embora exista a tecnologia para diagnóstico e embora haja tratamento para várias patologias, ainda há a questão do comportamento humano, que determinado, principalmente, pelas condições sócio-culturais, faz com que o indivíduo saia do consultório médico e procure o benzedor, o padre, ou outros meios que lhe possa trazer alívio e conforto.

É na literatura grega que se percebe os primeiros escritos sobre doenças transmissíveis.

Hipócrates, no livro Ares, Águas e Lugares, "reconhecia a presença contínua de certas doenças na população; chamava-as endêmicas, termo que ainda usamos. Sabia, ainda, que a frequência de outras doenças, nem sempre presentes, por vezes aumentava em demasia; chamou-as epidêmicas, um termo também corrente. No livro, tenta-se responder à pergunta: "Quais são os fatores responsáveis pela endemicidade local?". Os oito parágrafos introdutórios apresentam e resumem esses fatores essenciais: clima, solo, água, modo de vida e nutrição" (Rosen, 1994, p. 37).

A História da Saúde Pública revela suas origens com destaque para algumas partes do mundo além da Grécia. Roma, apesar de assimilar o que já existia em termos de medidas sanitárias na cultura helênica, adaptou-as conforme seus interesses. Todavia, o problema de doenças endêmicas e epidêmicas também se fazia presente; doenças essas não só ligadas à água e ao saneamento, mas também às condições de trabalho. Já se observava nesta época as enfermidades de cunho ocupacional.

No entanto, a peste de Justiniano e a Morte Negra marcaram o início e o fim da Idade Média. Porém, foram destaques os surtos de lepra, varíola, difteria, tuberculose, sarampo, dentre outras.

A maior delas e que se tornou relevante foi a Lepra (Hanseníase), distribuindo pavor e medo na população, passando a ser um grave problema de saúde pública, não só no aspecto sanitário, mas também no aspecto social. A doença começou a se espalhar durante os séculos VI e VII, atingindo o limiar de descontrole nos séculos XIII e XIV.

"Cedo se reconheceu a necessidade de controlar a enfermidade e se desenvolveu uma forma de ação de Saúde Pública ainda presente entre nós: o isolamento de pessoas vítimas de doenças contagiosas. Quando pessoas que sofrem de moléstias transmissíveis podem ameaçar, diretamente a saúde dos que a circundam, a comunidade agindo através de suas instituições, sente-se no

direito, para proteger-se, de sujeitar o indivíduo a restrições, e até mesmo a sanções. Assim, surgiu a obrigação de notificar algumas doenças comunicáveis, e, em algumas ocasiões, a liberdade do indivíduo—pode ser severamente limitada" (Rosen, 1994, p. 60).

Esta medida, de grande importância para a Saúde Pública, veio a ser praticada também no caso da Morte Negra, adotando-se assim o sistema de "Quarentena", em que o doente, as pessoas e os objetos que tivessem tido contato com ele ficavam isolados e em observação rigorosa por um determinado período, até que fosse diagnosticado não haver mais perigo de transmissão.

O progresso científico foi tomando seu lugar através do aparecimento de literaturas médica e leiga, servindo como base para o desenvolvimento da Saúde Pública e, com isto, à epidemiologia enquanto conhecimento específico.

A Saúde Pública organizou-se com o objetivo de prevenir as doenças e proteger a saúde da comunidade em geral. A assistência médica, até então exercida pelos clérigos, foi tomando novos rumos aparecendo, então, médicos leigos que, além de atenderem à municipalidade, também exerciam a medicina privada.

Foi, ainda, na Idade Média que houve a dicotomia de especialidades (havendo uma separação entre médicos e cirurgiões), surgiu a atenção social aos enfermos (dando origem aos hospitais e instituições beneficentes) além de ter sido dado ênfase à educação em saúde e à higiene pessoal.

A Saúde Pública, que conhecemos hoje, teve o início do seu desenvolvimento no período do Renascimento. Esse período se caracterizou pela rápida difusão do conhecimento, servindo de suporte para o nascimento da moderna Saúde Pública.

Surge com a ciência moderna a necessidade do uso da matemática, de fundamental importância para o futuro da Saúde Pública. Contribuíram,

também, para o seu crescimento, o desenvolvimento da epidemiologia e a observação clínica.

Foi ainda neste período que enfermidades como a lepra, perderam um pouco a sua importância, surgindo outras doenças novas com significados diferentes para a sociedade. Dentre as que foram observadas e estudadas estava a sífilis, um problema de Saúde Pública desde o Renascimento até os dias atuais.

Fracastoro (1478-1553), médico italiano que levantou as primeiras hipóteses sobre a existência de microorganismos, próprios de cada doença, baseado em uma teoria lógica da infecção, entendia que a disseminação da sífilis por contágio ocorria somente quando havia contato entre dois corpos, fato comum no ato sexual (Scliar, 1987).

Entre o Renascimento e o Século XVIII, com a tolerância sexual, foi possível às pessoas assumirem sua condição de "sifilítico" permitindo, com isso, um melhor desempenho das autoridades para o combate a doença, na medida em que os indivíduos foram tomando conhecimento sobre suas manifestações clínicas, formas de contágio e tratamento.

As medidas de controle adotadas para prevenir sua disseminação objetivaram atingir, sobretudo, as prostitutas, e geralmente tinham como base os mesmos princípios utilizados em relação a outras doenças contagiosas, principalmente na lepra e peste. Mesmo com essas medidas e tratamento adotados, a sífilis adquiriu características de cronicidade, continuando a difundir-se, tornando-se um problema preocupante em termos de Saúde Pública, até os dias atuais.

Segundo Rosen (1994, p. 87), "quando a moralidade da classe média passou a dominar, caiu sobre a doença o estigma social. Em consequência, a sífilis se escondeu e isso muito prejudicou os esforços para controlá-la ...".

O aparecimento de novas doenças não fez com que as já existentes desaparecessem. Os problemas de saúde dos trabalhadores também foi aumentando e o escorbuto, em virtude da falta de suprimento de vitamina C, principalmente entre os marinheiros que realizavam viagens longas, bem como as doenças dos mineiros e metalúrgicos em decorrência de avanços econômicos e tecnológicos, constituíram-se nos primeiros grupos ocupacionais a serem estudados (Rosen, 1994).

Várias teorias sobre a origem das epidemias e as formas de contágio foram apresentadas à época. Dentre elas, a teoria miasmática em que, aos gases exalados de cadáveres, de matérias pútridas ou mesmo de seres vivos, se deu o nome de miasmas (Marques, 1995).

É importante salientar que as epidemias assumem características comuns ao longo da história da humanidade, sejam essas de ordem política, econômica ou social. Entretanto, quando a letalidade é alta e os agravos se evidenciam claramente, provocando ao indivíduo o risco de morrer ou ficar alijado do meio em que vive, a epidemia configura-se diferentemente no contexto social, levando a sociedade, na sua maioria, a enfrentar a epidemia sob forma de negação, preconceito e discriminação.

"Na Renascença a explicação das pestilanças remete-se ao modelo do pecado original: os homens contraem uma doença porque eles cometem uma falta. A epidemia constitui um fato independente, autônomo e relevante da única decisão de Deus: ela é a expressão da cólera divina e a sanção dos culpáveis. Depois, na idade média, a lepra é a figura que lhe sucede, é percebida como um castigo e as venéreas são todas também impuras: nos hospitais eles apanham antes de serem tratados" (Delaporte, 1995, p. 12).

Se forem analisados alguns fatos relacionados ao enfrentamento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - SIDA/AIDS, pode-se verificar que passados quase dois milênios, e com todo o conhecimento científico e

tecnológico atualmente disponível na área da saúde, existem pessoas que explicam o aparecimento do Vírus da Imunodeficiência Humana - HIV e da AIDS como uma punição divina, em decorrência de determinados comportamentos. Essa maneira de ver está entre os próprios contaminados, como pode ser observado no exemplo citado por Lima et al (1994, p. 44), quando escrevem sobre as declarações de pacientes atendidos por elas:

"Eu peguei a doença na droga, tenho muita raiva disso, não sei nem de quem peguei, acho que foi um castigo de Deus por ter usado droga".

(Siri)

Pode-se observar no dizer do paciente que, além de considerar a AIDS como um "castigo divino", fica enfatizado que o aparecimento dos casos de pessoas contaminadas está ligado ao modo de vida, um dos fatores de endemicidade das doença citados por Hipócrates no livro "Ares, Águas e Lugares".

Ao rever os meios de contaminação, citados por Watstein e Laurich (1991), Greco et al (1993); Berer e Ray (1994); Gir et al (1994); Libman e Witzburg (1995), em relação ao HIV, verifica-se que a maioria está diretamente ligada a fatores comportamentais ou a modos de vida.

Para compreensão das doenças e suas conseqüências tem sido lançado mão, pelos pesquisadores, do uso da Epidemiologia.

Scliar (1987, p. 60) explica que "a epidemiologia é o estudo dos fatores determinantes e da distribuição dos eventos e agravos relacionados à saúde em populações [...]".

Relacionada a aspectos demográficos, sociológicos, antropológicos e biológicos, a Epidemiologia estuda a história natural das doenças⁵ de forma a identificar a cadeia epidemiológica das mesmas e os elos dessa cadeia que, no momento do estudo, estão contribuindo mais para os agravos de saúde da população.

A cadeia epidemiológica de qualquer doença transmissível é constituída por, pelo menos tres elementos: o agente infeccioso, o meio ambiente e o hospedeiro, que se interrelacionam (Leavel e Clark, 1976; Almeida Filho e Rouquayrol, 1992; Faversani; Westrupp e Verdi, 1997). Estes autores, escrevem, ainda, que o agente infeccioso é de natureza viva, pertencente a uma das espécies biológicas conhecidas como, vírus rickettsia, bactéria, fungo, protozoário ou helminto; o hospedeiro, é o homem, o animal e/ou o solo; e o meio ambiente é entendido como o conjunto das condições externas relacionadas ao ambiente físico, biológico e social.

No entanto, há um elo dessa cadeia de fundamental importância para esta interrelação: o modo de transmissão do agente e que, no caso da AIDS e sobretudo neste trabalho, se constitui nas práticas sexuais, integrantes do elo de transmissão da cadeia epidemiológica do agente causador específico, o HIV, tendo como hospedeiro ou reservatório, o homem, tornando desta maneira todos suscetíveis ao risco de se contaminar.

Almeida Filho e Rouquayrol (1992, p. 172) escrevem que "é tarefa da Epidemiologia, utilizando-se das técnicas analíticas de pesquisa que lhes são próprias, buscar no meio físico, químico, biológico ou social os fatores de risco. Isso significa identificar àqueles eventos, processos ou fenômenos que,

⁵ História Natural de uma Doença: "[...] compreende as interrelações do agente, do hospedeiro e do meio ambiente que afetam o processo global e seu desenvolvimento, desde as primeiras forças que criam o estímulo patológico no meio ambiente ou em qualquer outro lugar, passando pela resposta do homem ao estímulo, até às alterações que levam a um defeito, invalidez, recuperação ou morte" (Leavell e Clark, 1976, p. 15).

de alguma maneira associados, favorecem a agentes deterioradores de uma fisiologia normal, se instalem ou se desenvolvam em organismos sadios, produzindo doentes em populações, afetando assim a saúde coletiva".

Portanto, em se tratando de estudos das práticas sexuais, entende-se que são elas componentes que contribuem para a disseminação do vírus, uma vez que, estas têm sido largamente difundidas pelo Ministério da Saúde como modo de transmissão do HIV, tornando-se para uns uma preocupação e para outros um descaso, uma vez que, o exercício da sexualidade é tão antigo quanto a própria existência do homem e colocada em prática, não só para a perpetuação da espécie, mas também para a satisfação de suas necessidades biológicas.

A transmissão do HIV tem sido descrita em vários estudos e Libman e Witzburg (1995, p. 8) escrevem sobre o assunto mostrando que "além da transmissão homo e heterossexual do HIV muitos estudos vêm avaliando o risco da infecção vertical (da mãe para o filho) do vírus. "Além disso, os autores descrevem a associação do uso de droga injetável não só pelo uso comum de seringa e agulha, mas também pela transmissão do HIV a seus parceiros sexuais. Ressaltam, ainda, os estudos sobre a transmissão do HIV entre os receptores de sangue".

Desde o início dos primeiros casos, com profundidade ou não, pesquisas têm sido realizadas sobre a epidemiologia da infecção pelo HIV e da AIDS. A cadeia epidemiológica do HIV/AIDS pode ser entendida como a presença de um microorganismo, o vírus HIV, que é transmitido de um indivíduo para outro, através da via sexual, do sangue e da via transplacentária, com a associação de vários fatores (Fig. 1).

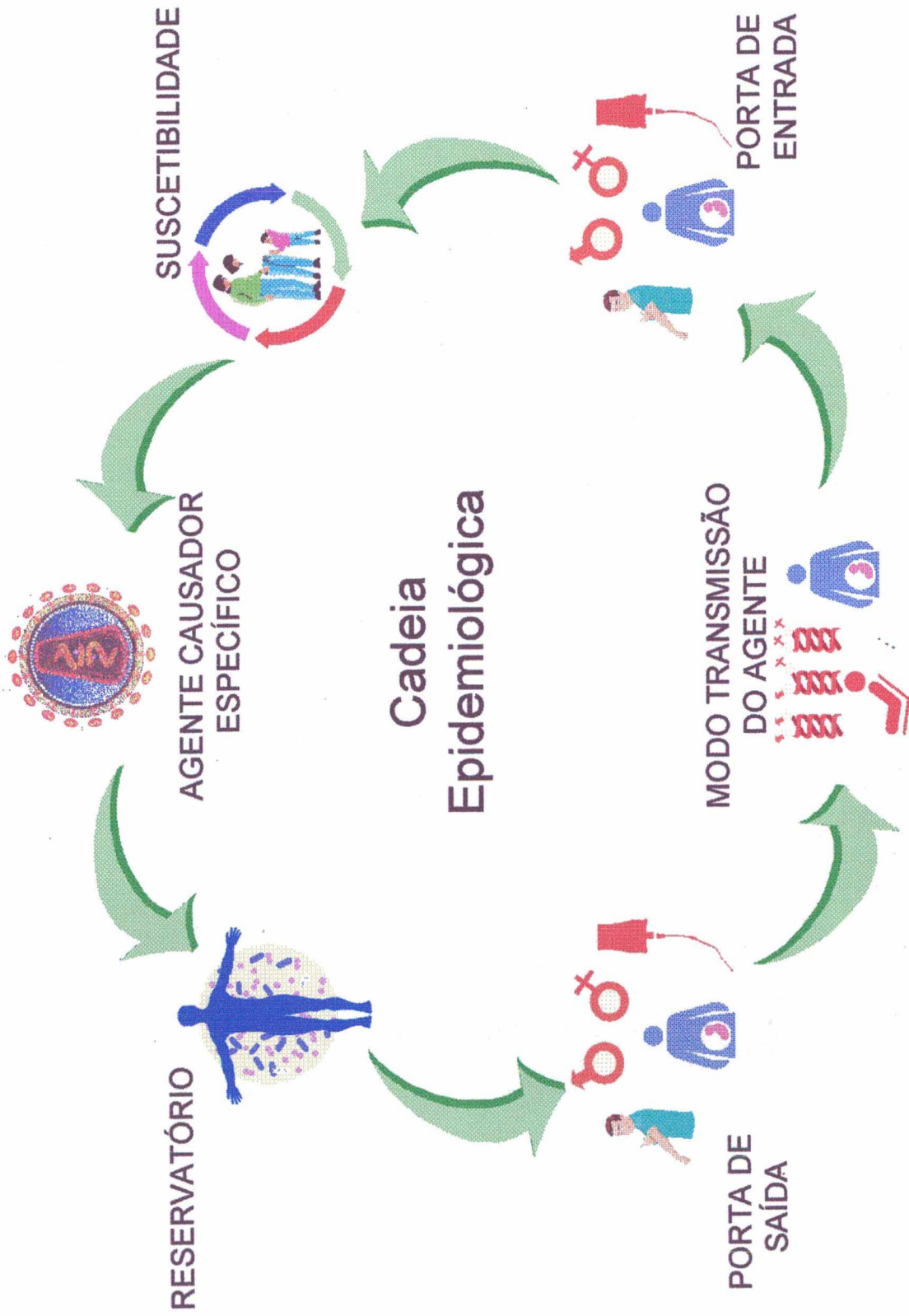


Figura nº 1- Cadeia Epidemiológica do HIV

Ao se analisar os modos de transmissão da doença, verifica-se que na cadeia epidemiológica da transmissão do HIV, nos aspectos referentes a transmissibilidade, tem sido dado destaque à sexualidade seja entre homo, bi ou heterossexual, entre usuários ou não de drogas injetáveis e entre transfundidos ou não com sangue.

É importante lembrar, ainda, que a transmissão perinatal, de certa forma tem uma ligação com a transmissão sexual uma vez que, em nosso país, a concepção de uma criança, com algumas exceções, é consequência de uma relação sexual.

Portanto, a sexualidade, em todos os seus aspectos, deve ser estudada na medida em que a transmissão da AIDS, através de determinadas práticas sexuais, está intervindo no futuro da humanidade.

A identificação dos primeiros casos de AIDS ocorreu em homossexuais e bissexuais, no início da década de 80. Com a constatação da infecção pelo HIV em bissexuais, foi eminente a contaminação de mulheres.

Se não fosse suficiente a contaminação entre pessoas, por determinados comportamentos ou modos de vida, a transmissão do HIV passou a ser observada também em receptores de sangue e seus derivados (politransfundidos), em usuários de drogas injetáveis e na transmissão perinatal, que começou a apresentar sinais claros de uma epidemia de HIV/AIDS entre crianças recém-nascidas de mulheres infectadas.

Se forem analisados os dados epidemiológicos divulgados pelo Ministério da Saúde (1996), verifica-se que a via sexual (54,9%) é a maior entre as categorias de exposição registradas.

Almeida Filho e Rouquayrol (1992, p. 19), escrevem que as pesquisas epidemiológicas podem ser "voltadas para eventos produzidos por doenças de etiologia conhecida. Os problemas, neste caso estariam relacionados ao

desconhecimento de algum elo da cadeia epidemiológica ou de fatores associados, igualmente desconhecidos”.

Desta forma, esforços devem ser envidados pela comunidade científica para que estudos sobre a sexualidade sejam realizados, uma vez que a exposição sexual é um dos elos da cadeia epidemiológica mais importantes e alguns fatores associados provavelmente estão contribuindo para a disseminação do HIV.

Ainda assim, é preciso lembrar que a contaminação pelo HIV está ligada não só ao modo de vida, mas também a fatores comportamentais relacionados ao desenvolvimento da assistência ao portador do HIV, ou seja às condições de trabalho oferecidas pelas instituições de saúde e que se traduzem em problemas de biossegurança, tornando os profissionais vulneráveis ao risco de contaminar-se com o HIV ou com outros microorganismos. Cuidados universais de biossegurança são indispensáveis, uma vez que não se sabe quem é portador ou não do vírus.

Se no caso das doenças infecto-contagiosas, como conta a história, era feito isolamento ou quarentena das pessoas que as possuíam ou tinham tido contato, prática semelhante não foi adotada em relação à AIDS. Isto porque ao aparecerem os primeiros casos de doenças oportunistas relacionadas à AIDS, tempo suficiente já havia passado para que o portador tivesse tido a oportunidade de transmitir o vírus para outras pessoas, quer por via sexual quer por uso comum de seringas e agulhas ou objetos pérfuro-cortantes.

Por serem fatores de contaminação que estão diretamente relacionados a modos de vida, extremamente "censuráveis" pela sociedade em termos de comportamento humano, como o uso da droga injetável, homossexualismo, bissexualismo, as autoridades de saúde e os setores conservacionistas da sociedade não investiram nesta área.

"Estamos lidando com um fenômeno global, de amplas proporções. Na verdade, foi a própria atitude de negar às primeiras vítimas de Aids toda a ajuda possível no momento que permitiu à doença essa alarmante penetração nas camadas centrais da sociedade. Entristeço-me ao pensar nos milhões de heterossexuais que passarão pela experiência da Aids porque a sociedade, o governo e as religiões não tomaram providências rápidas nos estágios iniciais" (Hay, 1988, p. 13).

Convém, no entanto, destacar que as distintas manifestações associadas, dão a epidemia explicações que historicamente poderiam ser consideradas extintas, tanto maior seja o risco de morrer ou de não conseguir explicações para a sua evolução e controle. De modo mais diversificado, surgem as explicações ou justificativas para a ocorrência da doença, quer ao nível individual ou coletivo.

Com relação ao controle do sangue, o assunto foi rapidamente estudado e medidas legais foram tomadas para que os bancos de sangue se organizassem, a fim de evitar a disseminação do vírus pela transfusão de sangue e seus derivados. E, até mesmo para que pessoas transfusionadas não fossem estigmatizadas e rotuladas pela sociedade.

Se em relação ao controle da contaminação por sangue e seus derivados o número de casos de AIDS diminuiu, lamentavelmente não se pode dizer o mesmo com relação à contaminação através das práticas sexuais e do uso de drogas injetáveis, contribuindo estes sim para o aumento descontrolado do número de portadores de HIV. Fazer ou não este tipo de controle é um assunto que deveria ser discutido, por se tratar de uma enfermidade que não oferece, ainda, tratamento definido para a cura. Por outro lado, se cada município brasileiro adotasse medidas de controle em sua área geográfica, por certo o número de casos seria bem menor.

Isso é possível de ser observado em Cuba⁶, onde é feito o rastreamento de cada caso de AIDS, com medidas de isolamento, a exemplo das demais doenças infecto-contagiosas. Mesmo com o "turismo sexual" bem desenvolvido, havendo com isto o trânsito livre de turistas estrangeiros para essa finalidade, o controle sanitário dos (as) trabalhadores (as) do sexo não é perdido de vista.

Todavia, o controle não é adotado no Brasil, cuja prática de "turismo sexual" ocorre com a vinda de turistas estrangeiros, assim como também existe o tráfico de mulheres no próprio país ou para fora dele (Fig. 2), não havendo qualquer rastreamento de saúde.

Se o isolamento é difícil, impossível e sem finalidade torna-se a "quarentena", pelo menos por enquanto, uma vez que o indivíduo, na sua maioria, é diagnosticado tardiamente como portador do vírus e não cria anticorpos para o HIV sendo, portanto, um portador e transmissor permanente.

Com relação ao isolamento dos objetos de uso pessoal, já foi comprovado que em relação ao HIV não há necessidade desse procedimento, havendo de se ter cuidado somente com os objetos que tenham secreções sanguinolentas e outros humores (líquido seminal e amniótico, secreções vaginal e brônquica, líquido ceroborraquiano) ricos em vírus, e que são facilmente desinfetados com o uso de solução de água sanitária ou com a fervura.

Ao estudar as epidemias, verifica-se que a história social da lepra, da tuberculose, da sífilis e da AIDS, tem alguns pontos em comum. Segundo Rosen (1994), o leproso era considerado um morto vivo. Ao saberem de algum leproso na comunidade esta o expulsava, pois o mesmo representava uma

⁶ Informação obtida pela autora do trabalho, quando da participação do VII Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación Sexual e I Congreso Cubano de Educación, Orientación y Terapia Sexual em novembro de 1994, em Havana - Cuba. Também referem sobre o assunto Mann et al (1993) e Perez et al (1994).

ameaça pública. Portanto, mesmo não havendo a morte física, o indivíduo era socialmente morto. Situação idêntica ocorria nos casos de tuberculose.



Figura 2 - Tráfico de mulheres.

FONTE: Nascimento e Rodrigues (1996).

Se for observada a história dos primeiros casos de AIDS, verifica-se que as reações por parte da sociedade não foram e ainda em muitas comunidades não são diferentes.

Com relação à tuberculose, é importante enfatizar que a incidência dos casos se dava entre pessoas de comportamento fora dos padrões sociais, ou seja, entre as prostitutas, os ébrios etc..., assemelhando-se aos fatores

comportamentais, identificados inicialmente pelos cientistas ao definirem os "grupos de risco" para a AIDS.

Se por um lado a lepra ameaçava a comunidade por ser uma doença incurável e a tuberculose por ser uma doença que ocorria entre pessoas com comportamentos "ameaçadores aos princípios morais estabelecidos pela sociedade", a sífilis, doença sexualmente transmissível, veio assemelhar-se à AIDS pela sua forma de transmissão e falta de controle, tornando-se grande preocupação para as autoridades sanitárias, sobretudo, por ser uma das doenças que tem contribuído para a invasão do HIV no organismo humano.

A epidemia tríplice assume características especiais porque, talvez, na história das epidemias, nenhuma tenha apresentado tantas controvérsias acerca dos padrões de vida e saúde da população, suscitando a transparência do que a própria sociedade pensava "conter" - uma nova moral sexual emergindo e os problemas a ela associados diante do risco de morrer que a todos nivela, descrito por Canguilhem citado por Souza (1982), em que "Michel Foucault mostrou como Bichat fez o olhar médico girar sobre si mesmo para pedir, à morte, explicação da vida".

A AIDS, a exemplo das outras epidemias que já houveram no mundo, apresenta-se como um problema de saúde relacionado não só a aspectos técnicos-científicos, mas também nos aspectos sociais e filosóficos, porque:

- estabelece ou condiciona uma nova ordem nas relações econômicas, sociais e afetivas;
- requer uma resposta científico-tecnológica acerca da prevenção e tratamento;
- proporciona uma revisão acerca das relações dos profissionais de saúde, no contexto da própria sociedade;
- demonstra a existência clara de comercialização e consumo de drogas na sociedade em foco;

- desvela as controvérsias da moral social e sexual;
- faz com que os indivíduos, por ela afetados, procurem explicações mais profundas sobre o viver e o morrer.

3.1 - A Epidemia Tríplice

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida constitui-se num grave problema de saúde pública, com características próprias haja vista a magnitude⁷, a vulnerabilidade⁸ e a transcendência⁹ da doença e sua relação com fatores sociais, principalmente, em relação à letalidade alta e às perdas sociais diversificadas. Assim sendo, a magnitude, a vulnerabilidade e a transcendência tem um efeito sinérgico, assumindo maior amplitude.

Se a transcendência está ligada ao grau de interesse da população em geral e às Instituições em particular na solução dos problemas, e como todo mundo é passível de ser infectado, essa transcendência assume uma outra característica, ou seja, liga-se, então, aos interesses da sociedade como um todo na resolução do problema. Todavia, a possibilidade de interferir-se no dano torna-se mais difícil, uma vez que as causas determinantes do alto risco são complexas e difíceis de serem controladas, a exemplo da magnitude já observada nas epidemias do século passado, tornando-se um problema de

⁷Magnitude - "é dada por diversos elementos que, analisados no conjunto acabam por demonstrar a amplitude do problema e sua importância no contexto de saúde da área" (Ciari Jr e Siqueira, 1976, p. 217).

⁸Vulnerabilidade - "a possibilidade de interferir-se na causa determinante do alto risco (vulnerabilidade do dano) está na dependência não só dos recursos disponíveis para serem aplicados nos grupos específicos identificados, como também na possibilidade das causas serem controladas" (Ciari Jr e Siqueira, 1976, p. 209).

⁹Transcendência - "está ligada ao grau de interesse da população em geral e as Instituições em particular na solução dos problemas" (Ciari Jr. e Siqueira, 1976, p. 210).

tamanha importância e amplitude, no contexto da área da saúde, que perpassa a vontade política e a capacidade técnica de resolvê-lo.

A AIDS foi descrita pela primeira vez em 1981, a partir do aparecimento de vários casos de doenças menos comuns, a Pneumonia por *Pneumocystis carinii* e o Sarcoma de Kaposi, em adultos jovens (Greco et al, 1993). A primeira, mais comuns em pessoas debilitadas com neoplasias malignas, e a segunda, em pessoas idosas de origem mediterrânea, chamaram a atenção do "Centers for Disease Control" (CDC), dos Estados Unidos, por estarem ocorrendo entre homossexuais masculinos, de Nova York e Califórnia (CDC, 1981). O registro destes casos levou a sociedade de modo geral, e inclusive grande parte da comunidade científica, a (pré)conceituar a doença como uma "peste gay", específica de determinado grupo e irremediavelmente fatal.

Todavia, já em 1982, foi observada entre usuários de drogas injetáveis e indivíduos provenientes do Haiti (CDC, 1982a, b), receptores de sangue e hemoderivados (CDC, 1982a, c, d), crianças nascidas de mulheres contaminadas (CDC, 1982e), parceiros(as) sexuais heterossexuais de pessoas com AIDS (CDC, 1983), além de adultos da África Central (Clumeck et al, 1983).

Embora ainda não houvesse uma identificação do agente etiológico, esses grupos foram denominados de "grupos de risco", uma vez que a transmissão do "possível agente" assemelhava-se ao da Hepatite B, ou seja, através do sangue, do contato sexual e dos procedimentos perinatais.

Somente em 1983, o vírus foi identificado e registrado na França, por um grupo de pesquisadores do *Institut Pasteur*, em células ganglionares de um doente, recebendo o nome de "LAV" (Lymphadenopathy - Associated Virus). Simultaneamente, o vírus foi isolado no Instituto Nacional do Câncer, em Bethesda, Maryland - EUA, sendo identificado como HTLV-III (Human T-lymphotrophic Retrovirus), passando, a partir de 1986, a receber depois de

apreciado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a denominação internacional, conhecida como HIV (Human Immunodeficiency Virus) (Denesvre e Nerrienet, 1992).

Com a descoberta do agente infeccioso e de sua localização no organismo humano, foi possível compreender melhor a razão do aparecimento dos primeiros casos em grupos mais restritos, assim como foi possível definir com mais propriedade as formas específicas de transmissão.

Reconhecidamente existem três formas básicas de transmissão do HIV: contato sexual com pessoa infectada; exposição ao sangue ou derivados contaminados e a transmissão vertical ou perinatal .

A transmissão por contato sexual pode ocorrer nas relações homossexuais (passivas ou ativas) e heterossexuais (do homem para a mulher e vice-versa). A possibilidade da transmissão pode ocorrer não só nas relações com penetração vaginal e/ou anal, mas também, na prática orogenital (felação e cunilíngua). Há fatores que facilitam a transmissão do HIV, dentre eles estão as doenças sexualmente transmissíveis e o traumatismo de mucosa.

A exposição ao sangue ou a seus derivados, quer seja por uso comum de seringas e agulhas entre usuários de drogas injetáveis, quer seja por transfusão sem a devida triagem dos doadores em bancos de sangue, tem sido uma das formas apontadas para a contaminação. Todavia, com a implantação pelos hemocentros das grandes cidades do Brasil de um rigoroso controle na triagem de doadores, a transmissão do HIV, por transfusão sanguínea ou derivados, diminuiu significativamente. Segundo Greco et al (1993, p. 650), "calcula-se ser 1:40.000 o risco de contrair o HIV por transfusão de uma unidade de sangue cuja sorologia tenha sido negativa".

A transmissão vertical ou perinatal é a que ocorre da mãe infectada para o filho, antes, durante e depois do parto. Há estudos evidenciando a ocorrência deste tipo de transmissão em 15% a 40% das gestações (Greco et al, 1993).

Passados quinze anos de estudos clínico, epidemiológico e laboratorial, e de investimento em campanhas de esclarecimento sobre a prevenção, muitas pessoas, entre elas algumas da área da saúde, ainda não se convenceram da realidade dos fatos e continuam desafiando a própria sorte. Esse fato pode ser constatado através de dados epidemiológicos da AIDS, no qual se observa que, no início, a epidemia grassava os homossexuais e hoje verifica-se que é cada vez maior o número de contaminação heterossexual, sobretudo entre mulheres.

Desta forma, é importante que não se analise a AIDS apenas na sua unicidade, mas sobretudo como uma "epidemia tríplice", pois, apesar de cada uma apresentar aspectos próprios, suas características estão interligadas entre si.

Fernandes (1990, p. 13) diz que "a primeira maior epidemia é aquela causada pelo vírus da AIDS. A segunda epidemia vem após a primeira, porém com atraso de vários anos, e é a doença propriamente dita, a AIDS [...]. Finalmente, a terceira epidemia invariavelmente acompanha a primeira e a segunda: é a epidemia da reação social, cultural, econômica e política".

Continuando, a autora escreve que analisando cada uma das epidemias citadas verifica-se o seu entrelaçamento, caracterizando-se na "epidemia tríplice" ao passar silenciosamente da fase inicial da infecção pelo HIV, sem sinais ou sintomas, à fase da doença diagnosticada como AIDS, ambas acompanhadas pela terceira fase, a do impacto social, econômico, político e cultural. Impacto esse que interfere, fundamentalmente, no compromisso coletivo da prevenção, do controle e da solidariedade.

Dos 3.672 casos registrados em Santa Catarina, até 30/11/96, 916 são notificações de AIDS em mulheres, tendo como causa principal a contaminação por via heterossexual (Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, 1996).

"Para as mulheres, a AIDS representa uma **Tripla Ameaça**:

. Assim como o homem, a mulher pode se contaminar com o HIV e pode posteriormente, ficar doente de AIDS.

. Uma vez contaminada, a mulher pode transmitir a infecção para o seu bebê durante a gravidez e sua criança poderá desenvolver a doença.

. A responsabilidade de cuidar, em casa, das pessoas doentes recai tradicionalmente sobre a mulher. É ela também que carrega este fardo quando alguém do seu círculo de familiares fica com AIDS" (O'Leary e Cheney, 1993, capa).

Portanto, quando a mulher adoece não tem quem cuide dela. Inclusive, muitas delas são abandonadas pelos seus parceiros ao manifestarem algum sintoma relacionado à doença.

Por outro lado, ainda, a mulher sacrifica o seu trabalho, deixando muitas vezes de comparecer, ou abandonando-o totalmente, para desempenhar o papel de "cuidadora" da família, o que já não acontece com o seu parceiro, uma vez que culturalmente a sociedade impõe que ele continue no trabalho, mesmo que alguém de sua família necessite de seus cuidados.

Além de "cuidadora" de todos, ela pode ser uma disseminadora da infecção. Acima de tudo ela é o elemento polarizador da família, que diante de seu contágio, fica fragilizada perante todos, podendo haver com isto uma desagregação de todos os que compõem esta família.

A interrelação da AIDS, com comportamentos associados a sexo, droga, sangue e morte, desafia a humanidade a repensar sobre questões inerentes ao relacionamento humano, ao amor e à sexualidade; ou seja, viver a vida dando-se conta do prazer de viver e da possibilidade concreta de contaminar-se e morrer.

4 - DA SEXUALIDADE E DOS DIREITOS

Falar em sexualidade para a maioria dos profissionais de saúde ainda tem sido, neste final de século, muito difícil. A dificuldade é geralmente reflexo da educação obtida, das tradições e costumes arcaicos, relativos à sexualidade ou ainda da falta de conhecimento e informação, frutos de uma herança cultural em que falar seriamente de sexo ou sobre a sua sexualidade é "vergonhoso".

Em se tratando dos profissionais de Enfermagem, quase nada se tem visto em relação à atenção ao paciente, no contexto de sua sexualidade.

Ferreira e Figueiredo (1995, p. 682) dizem que "a sexualidade é tratada no discurso teórico da enfermagem como uma necessidade humana básica, porém não há nos principais livros, textos e manuais técnicos usualmente indicados nos cursos de formação profissional, uma discussão mais crítica e contextualizada sobre a sexualidade humana. Abordam-se sobre a técnica do cuidado, vislumbrando a sexualidade somente pelo prisma biológico e da reprodução".

Autores como Bontempo (19--)*, Chaitow et al citado por Fonseca (1992) têm apregoado nos últimos tempos a necessidade de atender o paciente de forma holística¹⁰.

Sena, citado por Daniel e Paz (1995, p. 650), escreve que "os enfermeiros enquanto profissionais de saúde encontram dificuldades como por

¹⁰Tratamento Holístico - envolve vários tipos de terapia, simultaneamente, para a recuperação das funções orgânicas, energéticas, psíquicas, mentais e espirituais. (Bontempo, 19--).

*O documento citado não tinha data.

exemplo medos infundados e até seus próprios tabus com relação a determinados estilos de vida que bloqueiam seu agir profissional”.

Face às dificuldades de ordem prática, e aos registros incipientes acerca da sexualidade, no contexto da produção científica de Enfermagem por mim consultada, é que incluo também o que segue.

O que é sexualidade?..

“O termo "sexualidade" surgiu tardiamente, no início do século XIX [...]. O uso da palavra foi estabelecido em relação a outros fenômenos: o desenvolvimento de campos de conhecimentos diversos (que cobriram tanto os mecanismos biológicos da reprodução como as variantes individuais ou sociais do comportamento); a instauração de um conjunto de regras e de normas, em parte tradicionais e em parte novas, e que se apoiam em instituições religiosas, judiciárias, pedagógicas e médicas; como também as mudanças no modo pelo qual os indivíduos são levados a dar sentido e valor à sua conduta, seus deveres, prazeres, sentimentos, sensações e sonho" (Foucault, 1985a, p. 9).

Para Berer e Ray (1994, p. 125 e 166), "a sexualidade não se limita às práticas sexuais, e nem pode se separar das relações pelas quais ela se exprime. Estas relações ou não, podem ser bem reflexas, racionais, planejadas, recíprocas ou mutuamente satisfatórias". As autoras dizem também que "as práticas sexuais fazem parte das normas sociais, que os indivíduos não podem trocar por eles mesmos ou de um dia para o outro. Ele terá que ter maior conta das realidades diversas da vida das mulheres e da necessidade de uma aceitação social de mudança".

O termo sexualidade tem sido utilizado em nosso meio, nas últimas décadas, com mais frequência, e sua importância segundo Parker (1991, p. 17) "ficou ainda mais pronunciada quando controvérsias como o aborto, os direitos das minorias sexuais e, mais recentemente, a alarmante propagação da Aids colocaram-se no centro da atenção pública na vida contemporânea".

A AIDS é o maior desafio vivido pela humanidade nos últimos tempos. Desafio que perpassa por sentimentos de amor e de ódio; por comportamentos de discriminação e acolhimento, por direitos individuais e coletivos e por direito ao exercício da sexualidade na sua forma variada.

Por estar atingindo todas as classes sociais é preciso que se reflita sobre a faculdade legal de uma pessoa praticar ou deixar de praticar um ato ou ainda da prerrogativa, que alguém possui, de exigir de outrem a prática ou abstenção de certos atos, ou o respeito a situações que lhe aproveitam.

Em qualquer classe social, mas principalmente em classes desfavorecidas financeiramente, e em determinadas culturas, a mulher é alvo de desdém do homem. Além disso, não podemos perder de vista a prostituição com homens e mulheres em que os "desvios" da moral sexual ou as formas emergentes de vivenciar a sexualidade é determinada pelo homem, na sua grande maioria, ficando a mulher subserviente às suas fantasias, seu escárnio e seus desejos.

As intervenções comportamentais são essenciais para o controle e a prevenção da AIDS. Mas, segundo Herbert de Souza, citado por Barbosa (1995a, p. 82), "isto só acontecerá se for possível romper com as inúmeras barreiras que a sociedade ainda nos impõe: as desigualdades sociais, raciais, de gênero, etnia, opções sexuais ...".

4.1 - Da Fidelidade e da Sexualidade diante da Epidemia Tríplice

Em todo o mundo é alto o número de mulheres contaminadas com o HIV. Nos últimos anos, as notificações de casos vêm desvanecendo a idéia de que a AIDS seja considerada uma síndrome específica de grupos de risco. O perfil dos casos de AIDS vem modificando-se e já é significativo e preocupante os casos notificados de mulheres, identificadas como profissionais

"do lar", contaminadas por via sexual. Se não bastasse o comprometimento da saúde da mulher, há o risco, também, da transmissão do vírus à seus conceitos.

Tradicionalmente a sociedade reconhecia, implicitamente, o direito ao homem de fazer sexo com mais de uma parceria, e negava, explicitamente, a existência, em número significativo, de homens que vivenciassem a sexualidade com parceiros homens e simultaneamente com a companheira. Não só nega que o homem faça sexo com homem, como nega a possibilidade de que ele ofereça a mulher dele como fruto de prazer de outros, fazendo sexo com um amigo ou de forma coletiva.

Foucault (1985b, p. 171), ao parafrasear sobre o assunto, comenta que "o adultério era juridicamente condenado e moralmente reprovado a título da injustiça que era feita por um homem àquele cuja mulher ele desencaminhava. O que constituía numa relação fora do casamento, era o fato de a mulher ser casada e apenas este fato; por parte do homem, o eventual estado de casado não devia intervir ...".

A partir dos primeiros casos registrados em mulheres, no Brasil, as profissionais do sexo foram incluídas nos grupos ditos de risco e às mulheres "do lar", sequer foi admitida a hipótese de estarem tão perto de contribuir para o quadro estatístico da AIDS.

Guimarães (19--* , p. 252) formulou quatro fatores que "antecedem ou concorrem para que a infecção do HIV já tivesse uma gravidade maior nas mulheres. São eles: o bissexualismo masculino com maior aceitabilidade, no Brasil, do que o homossexualismo; o pouco reconhecimento da sexualidade da mulher, a não ser para a reprodução; o atraso dos profissionais da área médica no reconhecimento da fisiologia das mulheres diante das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) em geral e HIV/AIDS em particular, possibilitando,

* O documento citado não tinha data.

assim, o estabelecimento de diagnósticos errôneos ou tardios; e por último, a possibilidade da própria mulher ser um risco diante da epidemia da AIDS, principalmente as pertencentes a classe social menos favorecida, tendo em vista sua posição inferior em relação aos homens e sua baixa auto-estima".

As notificações de AIDS em mulheres, desde o aparecimento dos primeiros casos em 1988, em Santa Catarina, segundo a Diretoria de Vigilância Epidemiológica do Estado, mostram que a principal via de transmissão do HIV, nessa população, é a sexual, atingindo mormente a faixa etária jovem (15 a 39 anos) no gozo de sua sexualidade desejante e reprodutiva, difundindo-o, como consequência, a seus conceitos.

A AIDS tem sua trajetória identificada pelas medidas de prevenção adotadas pela população de modo geral, fazendo com que, em relação as mulheres, a transmissão do HIV passe a ser um problema coletivo com séria repercussão no âmbito familiar.

Portanto, é preciso que se trabalhe urgentemente as questões como fidelidade e sexualidade, para a melhor compreensão da transmissão heterossexual do HIV.

Parker (1994, p. 157) escreve que para as intervenções comportamentais terem sucesso é preciso que correspondam "às nuances das particularidades e detalhes culturais", fundamentadas na "compreensão da experiência sexual como algo enraizado nos significados culturais e sistemas sociais".

Em todas as sociedades que colocam a fidelidade como princípio de um relacionamento a dois, o fazem visando, sobretudo, o comportamento da mulher e até muito recentemente, a fidelidade parecia um objeto apreendido meramente pela mulher. Apreendido à custa da castração e imposição.

O sentido de fidelidade tinha conotação pretendida de respeito ao homem, em que o dever de respeitar o provedor da família, voltava-se para a honra masculina, acima de tudo.

"O tema do adultério é difícil de evitar, se lermos o que quer que seja, se formos ao teatro ou ao cinema ou se ouvirmos música, é um tema que enche a literatura ocidental desde o Tempo de Homero, e ainda hoje nos obceca. (...) quando é a sexualidade da mulher casada que é dada a partilhar, normalmente dá cabo dela: pense-se em Anna Karenina, Madame Bovary, Hester Prynne, Tess D'Urbervilles" (Heyn, 1994, p. 19).

Portanto, entre as sociedades que escarmentam, as mulheres são as mais severamente condenadas, sendo levadas muitas vezes à morte. Essa castração e imposição é lembrada por Foucault (1990, p. 48), quando traça uma história das diferentes maneiras dos homens saberem acerca de si mesmos, utilizando técnicas específicas dentre elas as "tecnologias do poder, que determinam a conduta dos indivíduos, os submetem a certo tipo de fins ou de dominação, e consistem em uma objetivação do sujeito ...".

A AIDS veio dar nova conotação às questões da fidelidade, já que não se trata somente da "honra masculina" e do "dever da mulher", as questões sociais são muito mais amplas. Inicialmente, o medo e os conflitos passavam, inclusive, pelo sentido de interpretação da própria masculinidade. Hoje, os números estão a mostrar a forma sutil da condenação da mulher nos casos de infidelidade, seja ligada ao sexo ou às drogas, seja por decisão própria ou em decorrência do processo de vida deliberado ou não do parceiro de vivências.

"A "fidelidade" imposta pela AIDS deixou de ser fidelidade, que a sua necessidade objetiva fez com que tornasse uma precaução técnica" (Sibony, 1992, p. 14).

A perspectiva da fidelidade toma, então, uma nova dimensão, um novo conceito filosófico. Já não é mais algo de obrigatoriedade da mulher por moral feminina, por religião, por conveniência, etc ... Passa a ser agora um compromisso coletivo e social que entre homens e mulheres, convivendo formal e/ou informalmente, numa união conjugal se assemelham, tornando,

segundo Quinteiro (1993, p. 24), "os desafios de ultrapassar os obstáculos gerados pela **culturalização** do indivíduo, ou mais precisamente do Ego, que recusa qualquer dose de sacrifício ou de doação de si mesmo que não seja para seu lucro e seu próprio interesse imediato".

Esse desafio ultrapassa os limites da concretude do corpo físico e através dos estudos e mudanças de paradigmas que estão acontecendo, percebe-se que a fidelidade passa por campos até então poucos conhecidos, como o corpo energético e o corpo magnético.

O envolvimento dos campos da energia humana nas questões da fidelidade fazem mudar também, por muitos, o conceito de sexualidade.

Mas quem conduz este comportamento sexual? Somente o corpo físico? Não! O ser humano é uma criatura dotada de inteligência, é consciente, sua mente é racional, podendo, portanto, ser "dono e partícipe" do seu destino. A condução do seu comportamento sexual ocorre, então, não só a nível de corpo físico, mas também, de corpo etérico. O que se cria na mente (sub-consciente) torna-se realidade. Essa é a tecnologia do eu, segundo Foucault (1990), utilizada pelos homens para efetuar por conta própria ou com a ajuda de outros, certo número de operações sobre o seu corpo e sua alma, pensamento, conduta, ou qualquer forma de ser, obtendo assim uma transformação de si mesmos com a finalidade de alcançar certo estado de felicidade, pureza, sabedoria ou imortalidade.

Westrupp e Souza (1995b, p. 961) escrevem que nem só os artigos ditos "científicos" têm escritos relacionados às mudanças dos paradigmas sobre a fidelidade e a sexualidade. "Tem sido mostrada, também, por poetas, ensaístas e cantores. Exemplo disso, a compositora e cantora brasileira Rita Lee (1987, em disco), em nosso entendimento, sabidamente, dá uma conotação filosófica de dimensão inigualável à fidelidade e à sexualidade, quando em uma de suas canções enfatiza que "a gente faz amor por telepatia, no chão, no mar, na lua,

na melodia ...". "Passa a mensagem de que as práticas sexuais não são meramente atos mecânicos. Mediante isso, observa-se que há outras formas convencionais de prevenção, como a de que "usar a camisinha" controla a transmissão de moléstias contagiosas através do contato sexual e que, a presença de uma Doença Sexualmente Transmissível/AIDS ou de seus cofatores como o HIV não são o passaporte para o luto sexual".

Cada um de nós e a sociedade em geral está a exigir respeito a vida, cabendo aos profissionais de saúde constituírem-se em referenciais para resolver ou amenizar os pontos críticos relativos à AIDS, seus determinantes e conseqüências.

4.2 - Do Direito Individual e do Direito Coletivo

"Pegar AIDS não é a pior coisa do mundo, perder a cidadania sim. Aprender a viver e conviver com a doença que é incômoda, é muito mais difícil por causa dos preconceitos" (Daniel citado por Paiva e Alonso, 1992, p. 9).

No enfrentamento da epidemia do HIV/AIDS, o distanciamento do problema é a principal reação para não encará-la tão próxima. Distanciamento esse que pode ser observado tanto a nível individual quanto a nível coletivo, perpassando não só pela esfera civil, mas também pela esfera governamental dos poderes Executivo e Legislativo.

Ao cidadão lhe é imputado a culpa de repassar o HIV, quer por via sexual, quer por via venosa (através do uso comum de seringa e agulha), todavia não tem sido atribuída nenhuma responsabilidade ao Executivo pela omissão da assistência, dos cuidados de biossegurança ou pelas tímidas campanhas de prevenção e ao Legislativo por não procurar ser mais preciso e conciso na priorização deste problema.

Hoje, sabe-se que todas as pessoas são passíveis de risco à infecção pelo HIV. Essa possibilidade de infectar-se pode ocorrer, através da relação sexual, sangue e outras exposições biológicas. Para isso, todavia, há necessidade do envolvimento de duas ou mais pessoas, através de ações ou comportamentos específicos.

Portanto, HIV/AIDS não é assunto de uma pessoa só, a infectada. É assunto de responsabilidade do Estado, da Sociedade e do próprio cidadão. "O comportamento individual é o determinante final da vulnerabilidade à infecção pelo HIV [...]" escrevem Mann et al (1993, p. 276). No entanto, é preciso que seja levado em consideração o contexto social em que o indivíduo está inserido, cujo fator cultural tem significativa parcela de contribuição para o controle comportamental.

A AIDS, portanto, pela sua complexidade, levanta questionamentos a nível do direito individual e do direito coletivo. Como descreve Mann, citado por Ventura (1995, p. 9), "a luta contra a AIDS depende de vencer tentativas de dividir o mundo entre "eles" e "nós" - depende de perceber que a proteção da maioria está intimamente ligada à proteção da minoria".

Há dois componentes importantes relacionados à epidemia da AIDS descritos por Ventura (1995, p. 7-8) e que a coloca no imaginário do individual e do coletivo:

"1 - A AIDS é a primeira epidemia internacional da era moderna dos direitos humanos. Surge justamente após ao período marcado pelas lutas para liberação dos costumes, de libertação feminina, de afirmação da sexualidade fora do casamento, da escolha dos parceiros sexuais, das manifestações de orientações sexuais fora dos parâmetros tradicionais (homossexuais masculinos e femininos). Pela primeira vez, os julgamentos arbitrários de valores tinham uma resposta específica e imediata dos integrantes rotulados de "grupos de risco" - hemofílicos, prostitutas, homossexuais e usuários de drogas.

2 - A AIDS não é uma doença, mas um conjunto de sintomas decorrentes da deficiência imunológica causada pelo vírus HIV, podendo seu portador viver muitos anos sem apresentar qualquer sintoma, ou até mesmo sem saber que é portador. Assim, a carga de culpa em relação a Aids, não atinge somente o presente, mas também o passado, como bem colocou a escritora Susan Sontag, *in verbis*, "agora a sexualidade não mais retira da esfera social, ainda que por um momento apenas, os que a ela se entregam. Não pode ser encarada simplesmente como uma relação a dois: é toda uma cadeia, uma cadeia de transmissão, vinda do passado".

É uma cadeia vinda do passado, determinando o presente e o futuro como uma morte anunciada, morte mais social e civil do que biológica, porque as controvérsias que a ela estão relacionadas sempre estarão presentes para a maioria da população, independente do que ateste o médico e/ou os demais profissionais de saúde.

Dessa forma, as responsabilidades individuais e coletivas, devem ser vistas à luz da epidemiologia, no que diz respeito aos aspectos etiológico, clínico e administrativo (Dever, 1988), visando com isto a determinação dos fatores de risco e o investimento em pesquisas que possibilitem complementar informações clínicas sobre o HIV/AIDS, de modo a favorecer o "clareamento" da cadeia epidemiológica e os processos de intervenção sobre a doença, através da administração e planejamento das ações de saúde.

Segundo Mann (1993, p. 277), "a vulnerabilidade pessoal à infecção pelo HIV aumenta com a falta de informações precisas, relevantes e abrangentes sobre a infecção pelo HIV. A vulnerabilidade pessoal aumenta quando o indivíduo não está preocupado ou suficientemente motivado com relação ao perigo da infecção pelo HIV. A vulnerabilidade pessoal também aumenta quando o indivíduo carece de habilidade, acesso aos serviços

necessários, suprimentos ou equipamento e o poder de confiança para sustentar ou implementar mudanças comportamentais".

Dessa forma é necessário que haja, no âmbito governamental, um Programa de Controle à AIDS, em todos os níveis de atuação, que ofereça informação e educação sobre HIV/AIDS, de forma abrangente e sistemática dentro da realidade de cada comunidade; que dê garantia ao indivíduo, de ter acesso aos serviços de saúde, com o oferecimento de assistência básica (diagnóstico e tratamento) bem como promova a integração dos serviços existentes, tanto na área social quanto de saúde.

É preciso que haja uma ação interativa entre o Estado, a Sociedade, os poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, com os cidadãos para impulsionar o exercício da cidadania em defesa da saúde e da promoção da vida. Um desses exercícios é a revisão dos programas de doenças sexualmente transmissíveis, particularmente as de alta letalidade para que os cidadãos possam exercitar a sua sexualidade de maneira compatível com o mais "natural", o mais "fisiológico", o mais "benéfico" e com o mais baixo risco possível, num exercício de cidadania, em que o direito individual e o coletivo sejam preservados.

CAPÍTULO III

5 - OBJETIVO

Estudar as práticas sexuais de mulheres de parceiros infectados pelo HIV, antes e depois dos exames de diagnóstico, como contribuição acerca da cadeia epidemiológica da transmissão do HIV/AIDS.

6 - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para compreender melhor os procedimentos metodológicos adotados para a realização da pesquisa, volta-se a ressaltar o conceito de Sexo Seguro, adotado pelo Ministério da Saúde do Brasil, e que no seu teor menciona as práticas sexuais que são enfatizadas nas campanhas de prevenção a AIDS, como sendo de risco para a infecção pelo HIV.

Gir et al (1994, p. 145) escrevem que para o Ministério da Saúde, Sexo Seguro é uma “Atividade sexual, onde não há intercâmbio de sêmem, fluídos vaginais ou sangue entre os parceiros. Pode envolver práticas como beijo (se não houver quaisquer lesões orais), carícias, abraços e manipulação genital (se não houver quaisquer lesões cutâneas). Também pode envolver coito vaginal ou anal, sempre que a camisinha for utilizada durante todo o ato. Poderá ocorrer falhas se a camisinha não for utilizada sempre com todos os parceiros sexuais”.

A) Da Escolha do Método

Inicialmente, ao apresentar o projeto por ocasião do exame de qualificação, pensou-se fazer um estudo de caso controle, levando-se em conta, segundo Forattini (1980) e Fletcher et al (1989), que é necessário planejar o estudo de caso-controle para que:

- os grupos sejam constituídos de pessoas atingidas por doença ou agravo (caso) e por pessoas semelhantes não atingidas por doença ou agravo (controle), pertencentes a mesma população;
- os grupos de caso e controle sejam comparáveis;
- o grupo de comparação (controle) não devem estar exposto ao agravo;
- as informações devem ser “equivalentemente fidedignas”;
- o grupo de caso deve ser constituído por todos os indivíduos atingidos ou por um conjunto de pessoas que leve a representatividade a esse total;
- a diferença do grupo de não atingidos (controle) para o grupo de atingidos (caso) deve ser somente a ausência de doença.

No presente trabalho a formação dos grupos para estudo de caso-controle, segundo a descrição feita pela literatura encontrada, tornou-se inviável, uma vez que:

- as pessoas componentes do estudo não eram semelhantes, haja vista que todos os integrantes, na condição de clientes dos Centros de Referência (Hospital Nereu Ramos, Centro de Saúde II - Centro Florianópolis e Hospital Universitário) advêm de todo e qualquer Município do Estado de Santa Catarina;
- todas as pessoas estudadas estavam expostas a contaminação pelo HIV, uma vez que eram parceiras sexuais de soropositivos;

- o número total de mulheres inscritas no serviços e que atendessem os critérios de inclusão, previamente definidos, foi insuficiente para constituir os grupos de caso e controle.

Além disso, para o desenvolvimento do estudo proposto, deveria definir conforme preconiza a epidemiologia o processo que fornece informações acerca dos riscos¹⁰ de adquirir determinada doença, tendo em evidência as práticas sexuais. Isso porque embora o estudo, dado aos achados acerca da população inscrita nos serviços, tivesse que ser “classificado” como exploratório descritivo e não mais como se pretendia, um estudo de caso-controle”, ainda buscava-se reconhecer indícios de risco.

Fletcher et al (1989, p. 126), Almeida Filho e Rouquayrol (1992, p. 9) usam o termo "risco" para a probabilidade de que pessoas têm de adquirir uma doença, quando expostos aos fatores de risco, em um determinado período de tempo.

Continuando, Fletcher et al (1989, p. 132) dizem, ainda, que "há várias estratégias científicas para a determinação do risco [...]. O método mais satisfatório de determinar se a exposição¹¹ a um potencial fator de risco resulta num risco aumentado de doença seria conduzir um experimento”.

Neste trabalho entende-se por risco a probabilidade de algumas mulheres que não estão contaminadas pelo HIV, mas estando expostas a certos fatores (práticas sexuais de risco) possam contaminar-se.

Os fatores de risco, segundo Fletcher et al. (1989, p. 126), podem ser classificados em “ambientais - físico e social; comportamentais e hereditários”.

¹⁰Fatores de risco - "São os fatores que estão associados a um risco aumentado de adoecer" (Fletcher et al, 1989, p. 126).

¹¹ Exposição - "Significa que uma pessoa, antes de ficar doente, esteve em contato com, ou manifestou, o fator em questão" (Fletcher et al, 1989, p. 127).

Mas têm sido itens classificadores para indicar, inclusive, possibilidades epidemiológicas de determinadas doenças.

Nos aspectos relacionados ao HIV e AIDS, os fatores ambientais - físico e social, são passíveis de identificação se considerar a localização geográfica como ambiente físico e o sangue como agente biológico, aliado ao fator social. Além disso, se for levado em consideração, sobretudo, as condições culturais e econômicas, que interligados, contribuem consideravelmente à expansão do HIV, e em consequência à epidemia tríplice.

Os fatores comportamentais, compreendidos como, o uso e abuso de drogas, as práticas sexuais de risco, independentes do nível sócio-econômico e cultural, têm mostrado que aliado a fatores ambientais têm sido o marco para a disseminação do HIV. É preciso lembrar que o fator hereditário tem, importante parcela de contribuição para a disseminação do HIV, uma vez que mães contaminadas podem gerar filhos contaminados.

A pesquisa trabalha com fatores de risco comportamentais, mantendo um olhar atento para os demais que a eles relacionam-se, pois o estudo direcionou-se às práticas sexuais de mulheres de parceiros com HIV. Trabalhar, portanto, com sexualidade em relação a essa temática requer considerar, principalmente, na observação das informações, as possibilidades que esses fatores de risco comportamentais tenham uma cadeia de relações com outros componentes, sejam estes de ordem biológica, psicológica ou social. O plano do estudo, com as limitações próprias dos estudos exploratórios descritivos, requeria e permitia um redimensionamento. Para tanto, escolhi compor dois grupos com equivalência, ou seja, mulher e companheira de parceiro com HIV há pelo menos seis meses.

Ressalto que, o objetivo do estudo seria ética e legalmente inviável caso fosse submeter o indivíduo ao fator de risco, ou seja, ao risco de contaminar-se pelo HIV.

Em se tratando de sexualidade, assunto ainda incipiente nos "estudos científicos", principalmente os conduzidos pelos enfermeiros e mais ainda com objetivos semelhantes aos estabelecidos para o presente estudo, foi necessário obter informações advindas diretamente dos membros dos grupos, conseguidas através de entrevistas individuais.

A população¹² de estudo foi selecionada a partir dos registros dos atendimentos nos Ambulatórios do Hospital Nereu Ramos, do Centro de Saúde II - Centro, e do Hospital Universitário, todos no município de Florianópolis, constituindo-se em amostra do estudo as mulheres que correspondiam aos critérios de seleção/inclusão previamente determinados.

Esses serviços foram escolhidos por serem os únicos, em Florianópolis, no momento da pesquisa que ofereciam atendimento de triagem sorológica e/ou acompanhamento de pessoas com HIV/AIDS.

O Hospital Nereu Ramos, pertencente à rede hospitalar do Estado de Santa Catarina, foi definido pelo Ministério da Saúde, na década de 80, como referência para diagnóstico e tratamento de pessoas com HIV/AIDS.

O Centro de Saúde II - Centro pertencente à rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde-SUS, da rede municipal, e foi escolhido por ter um serviço para diagnóstico e tratamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs).

O Ambulatório do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina conta com o Serviço de Assistência à Comunidade Universitária e faz triagem, aconselhamento e encaminhamento das pessoas com HIV/AIDS.

¹²População - "Em geral, populações são grandes grupos de pessoas numa composição definida. Estas incluem relativamente pessoas não relacionadas na comunidade, a população usual para estudo epidemiológicos de causa; e grupos de pessoas selecionadas por estarem sendo atendidas em uma clínica ou hospital, ou por apresentarem uma característica tal como idade, raça ou presença de doença. Assim, fala-se de uma população geral, uma população hospitalar, ou uma população de pacientes com uma doença específica" (Fletcher et al, 1989, p. 25).

A história das práticas sexuais foi reconstituída, através dos registros oficiais, assim como pela memória e o interesse das mulheres em participar e sendo as informações obtidas através de um questionário (Anexo I).

Descreve-se em frequência absoluta e relativa os dados dos grupos de mulheres com HIV (atingidas), e sem HIV (não-atingidas), ambos no que diz respeito ao fator representado pelas práticas sexuais.

O olhar atento aos dados apresentados, principalmente em frequência relativa, permite a formulação de perguntas que auxiliam o processo de reflexão desejada.

B) Da Execução: Coleta de Dados

B.1 - Da construção do questionário

A elaboração dos itens do questionário utilizado (Anexo 1) resultou das observações realizadas durante a minha prática profissional, nas diversas áreas que atuei como enfermeira de saúde pública, e da experiência profissional da equipe que atuava, naquele momento, no Ambulatório do Hospital Nereu Ramos.

Foram procedidas leituras de autores que trabalharam sobre o assunto e a complementação das variáveis foi enriquecida com base em pesquisas realizadas pela ABIA/UERJ/IMS (s/d), Rivera (1986), Center Institut of Tropical Medicine (1991), Gir et al (1994), Lescura (1994).

O questionário constou de três partes. A primeira parte foi relacionada aos aspectos sócio-demográficos (perguntas de 01 a 12); a segunda parte aos aspectos contraceptivos e saúde reprodutiva (perguntas 20 a 27) e a terceira parte aos aspectos das práticas sexuais da mulher e o sexo propriamente dito (perguntas 28 a 31) antes e depois da entrevistada ficar sabendo de que ela e/ou seu parceiro era(m) portador(es) do vírus. As perguntas 13,14, 15, 16 e 18, foram dirigidas às mulheres soropositivas, aos aspectos relacionados ao diagnóstico, e ao aparecimento dos sintomas. As perguntas 32, 33 e 34, relacionaram-se ao desenvolvimento e encaminhamento da pesquisa.

As perguntas 1, 2, 4, 8, 9, 11, 13, 14, 16, 17, 20, 28.1; 28.2; 30.2; 30.3; 30.12; 30.13; 32; 33; 34 permitiram livre resposta e, as demais, serem assinaladas com múltiplas escolha.

A terminologia utilizada foi a mais simples e usual possível, para que, ao aplicar o questionário, a compreensão fosse facilitada e as respostas obtidas mostrassem o que as entrevistadas explicitavam como resposta.

As informações sobre sexualidade ou práticas sexuais, normalmente, não são registradas em prontuário pelos profissionais de saúde. Libman e Witzburg (1995, p. 411) escrevem acerca do não registro em prontuário sobre a sexualidade ao citarem uma pesquisa feita por Lewis e Freeman que "em estudo feito com 1000 médicos generalistas da Califórnia, afirmaram que menos de 4,5% documentaram a orientação sexual de seus pacientes e somente 10% fizeram perguntas sobre o comportamento sexual de risco".

Após a elaboração do questionário, procurei fazer a sua avaliação, preocupada em saber se o mesmo daria as informações para o qual foi planejado, onde o foco da sexualidade estava delimitado à luz do conceito de sexo seguro do Ministério da Saúde, sem perder de vista, ainda, a consistência, a clareza, a coerência entre todos os seus itens componentes e, inclusive, a liberdade para a entrevistada manifestar-se.

B.2 - Da validação

Para tanto apliquei a validação aparente e isto é importante, uma vez que a clareza e a compreensão do instrumento permitem um entendimento melhor por parte do entrevistador e do entrevistado, sobre o que se deseja pesquisar.

Neves, citada por Gir et al (1994, p. 17), escreve que a validação aparente "deve ser feita por um grupo de peritos ou juizes, previamente instruídos quanto ao objetivo de analisar a clareza dos itens, facilidade de leitura, compreensão e forma de apresentação do instrumento".

A validação foi feita, utilizando-se a "Técnica de Júri", através da análise realizada por 09 profissionais da área da saúde sendo: uma enfermeira com especialização em sexologia; uma enfermeira com especialização em sexualidade humana; uma enfermeira de saúde comunitária; um médico clínico

geral; um médico infectologista; um médico especialista em sexologia; uma médica especialista em saúde pública; uma médica com especialidade em sexologia; a orientadora da tese com Doutorado em Saúde Pública. Dentre estes estão dois profissionais com experiência em um dos Serviços onde foi realizada a pesquisa. Além disso, houve a participação de uma mulher soropositiva, com nível universitário e 07 (sete) mulheres soropositivas que compareceram em um dos serviços, no período de um mes.

Essa apreciação é contextualizada por Neves e por Anastasi, citados por Gir et al (1994, p. 17), quando escrevem que "uma das formas eficientes de se melhorar a validade aparente é através da reformulação dos itens do instrumento, adequando-os à população alvo a que se destina".

Na validação foi verificado que não houve problemas para o entendimento das perguntas por parte das entrevistadas, mas que haviam deixado de ser perguntadas informações relativas a anticoncepção, preventivo de câncer, lesão do colo do útero e DST, que estariam relacionadas com o tema. Estas sugestões foram consideradas e incorporadas no questionário.

O questionário devidamente revisado foi o suporte para a obtenção das informações.

B.3 - Da aplicação do questionário

A entrevista com o preenchimento do questionário foram, na sua maioria, feitos por mim, após um convite verbal às mulheres, e a explicação do assunto pelas assistente social, enfermeiras, médicos e psicóloga do serviço.

Os questionários preenchidos, pelas enfermeiras e por uma médica de um dos serviços, foram por mim revisados pois, no caso de dúvida e de necessidade de complementação, foram feitos novos contatos com as integrantes da população de estudo e realizada nova entrevista.

Na ocasião da entrevista foi enfatizado o objetivo da pesquisa e a importância da participação de cada uma, sendo-lhes facultada a todas as mulheres a liberdade de não responder às perguntas que desejassem.

A inclusão das componentes da pesquisa foi feita mediante demanda espontânea, no período compreendido entre 01 de junho de 1995 à 01 de abril de 1996 tendo em vista a dificuldade de detectar mulheres soronegativas que atendessem aos critérios de seleção/inclusão previamente propostos.

Neste período, foram atendidas no Ambulatório do Hospital Nereu Ramos 96 (noventa e seis) mulheres sendo 33 (trinta e tres), 34,4%, soropositivas.; no Centro de Saúde II - Centro de Florianópolis, 544 (quinhentos e quarenta e quatro) mulheres sendo 44 (quarenta e quatro) 8,0% soropositivas e no Serviço de Atendimento a Comunidade Universitária do Hospital Universitário, 72 (setenta e duas) mulheres, sendo 03 (três) soropositivas.

Conhecido o total da clientela em cada unidade de referência para o estudo, foram aplicados os critérios a seguir descritos e previamente estabelecidos que, em decorrência disso, foram incluídas no estudo somente quarenta mulheres.

Foram entrevistadas as mulheres soropositivas e soronegativas que:

1. tinham conhecimento que seus parceiros eram infectados;
2. tinham convivido sexualmente com estes num período mínimo de seis meses¹³;
3. não tinham história de uso de droga;
4. não tinham se submetido a hemotransfusão nas últimas duas décadas;
5. tinham realizado no mínimo dois testes de Elisa e de Imunofluorescência.

¹³Los anticuerpos del VIH, suelen empezar a detectarse a las 4-6 semanas de la infección y la mayoría de los individuos presentan una clara respuesta de anticuerpos a las 12 semanas" (OMS, 1990, p. 7).

Durante as entrevistas procurou-se registrar as informações de modo a preservar a originalidade das falas, não sendo gravado para que não houvesse constrangimento por parte das informantes.

As entrevistas duraram em média 30 (trinta) minutos e foram realizadas nos próprios serviços, com exceção de duas que foram entrevistadas no seu local de trabalho e em sua residência, fato esse que não interferiu na obtenção da informação.

Para a colocação das falas explicativas no teor do trabalho, foi solicitado às entrevistadas que se identificassem com um pseudônimo relacionado a flor, ave ou inseto.

CAPÍTULO IV

7 - DAS PRÁTICAS SEXUAIS À VULNERABILIDADE AO HIV

7.1 - Caracteres Gerais

Para apoiar a coleta e interpretação dos dados* dessa pesquisa ampliou-se a revisão do material bibliográfico sobre AIDS, sexualidade e outras informações aplicadas pela Epidemiologia, proporcionando-me subsídios para uma reflexão que dirigiu o meu olhar para possíveis contribuições à Cadeia Epidemiológica da transmissão do HIV/AIDS, a partir do estudo acerca das práticas sexuais.

Assim, ao descrever os resultados, tenho um reencontro com a população de estudo, dessa feita com o enfoque pontual, dirigido e decorrente do planejamento intencional da pesquisa, ou seja, focalizado nos objetivos, procurando ao mesmo tempo apresentar alguma das referências encontradas na literatura consultada, mediante às minhas inquietações acerca da temática.

Cabe ressaltar, no entanto, que os dados sócio-demográficos encontrados são equivalentes, mostrando que os dois grupos entrevistados nestes aspectos são muito semelhantes.

Das quarenta mulheres entrevistadas, 03 (7,5%) possuíam grau de instrução de nível superior; 10 (25,0%) segundo grau completo; 03 (7,5%) segundo grau incompleto. Dentre as demais, 18 (45,0%) tinham primeiro grau incompleto, 03 (7,5%) completaram o primeiro grau; 01 (2,5%) nunca foi a

*Apresentados em forma descritiva neste capítulo e através de gráficos no Anexo 2.

escola; 01 (2,5%) não quis responder sobre o assunto e 01 (2,5%) não sabia ler nem escrever.

No dizer das 24 mulheres soropositivas, 01 (4,2%) tinha grau de instrução de nível superior completo; 06 (25,0%) tinham segundo grau completo; 01 (4,2%) tinha segundo grau incompleto; 03 (12,5%) tinham primeiro grau completo; 11 (45,7%) tinham primeiro grau incompleto; 01 (4,2%) nunca havia ido à escola e 01 (4,2%) não quis responder sobre o assunto. (Gráfico 1)

Das 16 mulheres soronegativas, 01 (6,2%) tinha nível superior completo; 01 (6,2%) estava cursando a Universidade; 04 (25,0%) tinham segundo grau completo; 02 (12,5%) tinha segundo grau incompleto; 07 (43,8%) tinham primeiro grau incompleto e 01 (6,2%) não sabia ler nem escrever. (Gráfico 2)

"Analisando os casos de AIDS em mulheres, no país, a partir de 1985, por grau de escolaridade, verifica-se uma tendência de queda do número de casos entre aquelas com nível superior: em 1985 representavam 50% dos casos e em 1992, 7%. O contrário está sendo observado na população feminina com 1º grau incompleto ou analfabeta, indicando uma disseminação do HIV entre as classes sociais de menor poder aquisitivo, e, conseqüentemente, menos acesso às informações e serviços: em 1986 representavam 31% dos casos e em 1992, 67%. Essa mesma tendência mantém-se junto à população masculina" (Ministério da Saúde apud Barbosa e Villela, 1996, p. 21).

Faz-se necessário, no entanto, uma observação com relação aos dados apresentados na pesquisa que foi realizada e os dados apresentados pelo Ministério da Saúde citados por Barbosa e Villela (1996). Se por um lado entrevistamos somente três mulheres com nível de escolaridade universitária, e se os registros oficiais mostram uma queda de casos de AIDS em pessoas com nível superior, é importante salientar que a maioria das notificações, recebidas pelo Ministério da Saúde, é proveniente de serviços de saúde freqüentados por

pessoas de nível sócio-econômico menos favorecido e de grau de instrução básico, sendo as notificações realizadas para garantir a esses mesmos serviços a reposição de material e de medicamentos. Por outro lado, os serviços clínicos particulares, que são freqüentados por pessoas de condições socio-econômicas privilegiadas e com nível educacional quase sempre com segundo grau completo ou nível superior, na sua maioria não notificam os casos de AIDS, contribuindo para uma possível sub-enumeração dos dados estatísticos.

Entretanto, é possível que os dados a serem emitidos no ano de 1997, pelo Ministério da Saúde, divulgue um perfil de escolaridade diferente do que hora encontra-se por força da nova terapia medicamentosa para o controle da ação do HIV no organismo humano.

Tendo em vista o alto custo do tratamento (cerca de 1.200 reais/mês) e a compra dos medicamentos pelo Ministério da Saúde para distribuição mediante notificação dos casos, os dados por certo serão, a curto prazo, bem diferentes do que hoje se registra.

A idade média dentre as quarenta mulheres entrevistadas era de 32 anos, sendo que a maioria (32,5%) estava na faixa etária de 25 a 31 anos, participando, no entanto, da entrevista, mulheres de 18 a 53 anos.

Ao analisar as idades das 24 mulheres soropositivas, observei que a idade média do grupo era de 33 anos, sendo que 08 (33,3%) tinham de 10 a 30 anos; 09 (37,5%) tinham de 30 a 40 anos; 06 (25,0%) tinham de 40 a 50 anos e 01 (4,2%) tinha mais de 50 anos. (Gráfico 3)

Dentre as 16 mulheres soronegativas, com idade média de 31 anos, foi encontrado que 02 (12,5%) tinham de 18 a 20 anos; 05 (31,2%) tinham de 20 a 30 anos; 06 (37,6%) tinham de 30 a 40 anos; 02 (12,5%) tinham de 40 a 50 anos e 01 (6,2%) tinha mais de 50 anos. (Gráfico 4)

Em 1993, Rodrigues et al, citado por Bastos et al (1995, p. 253), escreveram que grande parte dos casos novos de infecções pelo HIV ocorria

em pessoas jovens, "no ápice de sua atividade sexual e também no período em que é mais comum o consumo de drogas, também pela via injetável ...".

Por se tratar de pessoas jovens na plenitude de sua vida reprodutiva, enquanto portadoras assintomáticas do HIV, engravidam, porque não sabem que são soropositivas, porque não se dão conta da gravidade do problema ou ainda, pela falta de uma responsabilidade maior, sua ou do parceiro, trazendo ao mundo crianças, que ao nascer já podem carregar consigo o vírus e a eminência da orfandade, da morte, da comisseração e do estigma da sociedade.

Com relação ao estado civil, entre as 40 mulheres entrevistadas, 15 (37,5%) diziam ser amasiadas; 10 (25,0%) viúvas; 07 (17,5%) casadas, 04 (10,0%) solteiras e 04 (10,0%) separadas.

Entre as 24 mulheres soropositivas, 03 (12,5%) eram solteiras; 08 (33,3%) viúvas; 01 (4,2%) casada; 09 (37,5%) amasiadas e 03 (12,5%) separadas. (Gráfico 5)

Das 16 mulheres soronegativas, 01 (6,2%) era solteira; 06 (37,5%) casadas; 02 (12,5%) viúvas; 06 (37,6%) amasiadas e 01 (6,2%) separada. As mulheres que diziam ser solteiras tiveram relacionamento com um parceiro positivo, num período mínimo de seis meses, porém não conviviam na mesma casa. (Gráfico 6)

A condição do estado civil passaria despercebida se os dados apresentados não chamassem a atenção para o fato de que 47,5% das mulheres são "amasiadas" ou solteiras com parceiro "fixo".

De modo empírico reconhece-se que na cultura brasileira, a condição de "amasiada" sempre foi vista como uma situação em que a mulher era a "outra", figura passageira, sem ser considerada a mulher oficial e única no relacionamento do casal, e que satisfazia seus anseios com relação às práticas sexuais, supostamente "impeditivas" de serem realizadas com a mãe de seus filhos. Não se pode afirmar ser essa a condição das mulheres entrevistadas,

porque não procedi a análise qualitativa da informação "a outra ou amasiada" para saber maiores detalhes acerca dessa situação.

No que se refere a situação de trabalho, dentre as 40 mulheres entrevistadas, foi possível observar que 21 (52,5%) não trabalhavam fora de casa, denominavam-se "do lar"; 05 (12,5%) trabalhavam fora de casa em jornada integral de trabalho; 05 (12,5%) eram diaristas; 03 (7,5%) eram empregadas domésticas; 05 (12,5%) trabalhavam meio período fora de casa e 01 (2,5%) já havia se aposentado.

Ao se analisar os grupos separadamente, observa-se que dentre as 24 mulheres soropositivas, 12 (50,0%) não tinham trabalho fora de casa; 03 (12,5%) trabalhavam fora de casa em jornada integral de trabalho; 03 (12,5%) eram diaristas; 01 (4,2%) era empregada doméstica; 04 (16,6%) trabalhavam meio período fora de casa e 01 (4,2%) era aposentada. (Gráfico 7)

Entre as 16 mulheres soronegativas, 09 (56,2%) não trabalhavam fora de casa; 02 (12,5%) trabalhavam fora de casa em jornada integral de trabalho; 02 (12,5%) eram diaristas; 02 (12,5%) eram empregadas domésticas e 01 (6,2%) trabalhava meio período fora de casa. (Gráfico 8)

Um dado que chama a atenção é o de que dentre as 40 entrevistadas, o maior número de mulheres que não trabalhava fora de casa está no grupo de soropositivas. Esse dado vem ao encontro do que já se sabe sobre o que ocorre na cultura brasileira, sobretudo na classe economicamente menos favorecida, em que a mulher, sem uma formação profissional, são imputadas atividades domésticas que se traduzem no papel de limpar, lavar, cozinhar e cuidar de criança. Enquanto isso, seu parceiro, definido culturalmente como o "chefe da família", sai para trabalhar em busca do sustento dos familiares, além de "gozar de uma liberdade sexual quase absoluta" (Parker, 1991, p. 58) e assim expõe sua mulher ao risco de infectar-se.

Além disso, é importante salientar que 45,8% das mulheres soropositivas tinham alguma atividade de trabalho fora de casa, lembrando aqui o papel da "mulher cuidadora" que, apesar de contaminada, continua desenvolvendo seus trabalhos, muitas vezes em dupla ou até tripla jornada.

Das práticas religiosas, dentre as 40 mulheres entrevistadas, 25 (62,5%) disseram ser católicas; 09 (22,5%) seguiam práticas religiosas tais como: Evangélica, Renascer de Cristo, Mormon e Testemunha de Jeová; 03 (7,5%) seguiam as crenças do "espiritismo" (sem especificação da linha espírita) e 03 (7,5%) não tinham religião.

No que se refere a prática religiosa, entre as 24 mulheres soropositivas, foi constatado que 18 (75,0%) disseram ser católicas; 01 (4,2%) seguia o "espiritismo" (sem especificação da linha espírita); 03 (12,5%) seguiam as práticas religiosas da Igreja Evangélica e Renascer de Cristo e 02 (8,3%) não praticavam qualquer religião. (Gráfico 9)

Dentre as 16 mulheres soronegativas, 07 (43,8%) disseram ser católicas; 02 (12,5%) seguiam o "espiritismo" (sem especificar a linha espírita); 04 (25,0%) eram Evangélicas; 01 (6,2%) era Mormon; 01 (6,2%) era Testemunha de Jeová, e 01 (6,2%) não tinha religião. (Gráfico 10)

Contaminadas ou não, mas sentindo-se fragilizadas diante do HIV e da AIDS, muitas delas buscaram apoio à prática religiosa como forma de enfrentamento. Em suas falas é muito evidente este fato:

"Pelo fato de eu ser evangélica eu tenho a força de Deus na minha vida. Isto é que me segura".

(Ipomola, 36 anos, soronegativa)

"Eu sinto que eu tenho um anjo bom, Deus. É como se fosse minha sombra. Eu tenho uma energia muito boa".

(Garça, 31 anos, soropositiva)

"Eu fiz o exame de AIDS e deu que tava. Eu fiquei revoltada e perto de minha casa tinha uns pés de árvores. Eu peguei uma corda, tentei me matar, mas eu senti Deus falando comigo. E eu fui na casa de um casal crente e eles estavam lá. Eles perguntaram o que é que eu tinha. Eu disse: eu tou com AIDS e eu não agüento mais esta vida, eu não sei o que fazer da minha vida. Agora não resta mais nada eu vou morrer. Eles mandaram eu dobrar meu joelho e disseram: - agora tu deve ligar o pensamento em Deus e esquecer tudo. Tenha fé que Deus te cura. E agora eu estou bem, Deus me curou. Tenho fé em Deus. Depois que eu estou no caminho de Deus, Deus me deu tudo, tudo o que este mundo não pode me dar. Fiz o 1º e o 2º exame deu que eu tava. E agora, eu tenho fé que eu não tenho mais. Deus é maravilhoso. Basta a gente ter fé e seguir o caminho. Não importa a religião. Basta buscar o caminho na Bíblia. Jesus me tirou do lamaçal, do pecado e quando ele vir eu creio que vou, também".

(Margarida, 24 anos, soropositiva)

Em todas as situações de ameaça, perigo e dor é comum no ser humano a busca de um suporte espiritual da conduta para a vida pelas pessoas em relação à doença, citada na Bíblia (1967, p. 564) em Eclesiástico, 38:9: "Filho não te desprezes a ti mesmo na tua enfermidade mas faze oração ao Senhor e ele te curará".

As 40 mulheres entrevistadas são brasileiras, sendo 32 (80,0%) delas nascidas em Santa Catarina. Moravam em Florianópolis, 20 (50,0%) e em São

José município conurbado à Florianópolis, 11 (27,5%). As demais, 09 (22,5%), residiam em outros municípios situados às margens da BR 101, na região litorânea do Estado.

Entre as 24 mulheres soropositivas, 13 (54,2%) moravam no município de Florianópolis; 06 (25,0%) no município de São José e 05 (20,8%) em municípios situados às margens da BR 101, na região litorânea do Estado. (Gráfico 11)

Das 16 mulheres soronegativas, 07 (43,8%) moravam no município de Florianópolis, 05 (31,2%) em São José e 04 (25,0%) em municípios da região litorânea de Santa Catarina. (Gráfico 12)

Becker apud Bastos (1995, p. 249) escreve que: “no caso da AIDS, a migração interna poderia funcionar como fator de difusão do vírus não apenas por meio de novas interações multipessoais, mas também, e mais seletivamente, pela concentração de grupos populacionais particularmente expostos ao risco em fronteiras de ocupação, com o predomínio de homens na faixa etária entre vinte e trinta anos e com grande mobilidade ocupacional associada à mobilidade espacial”.

A BR 101 é uma importante via de comunicação terrestre entre o centro sul do país, facilitando o acesso de transporte de cargas pesadas, de pessoas à região litorânea sul, abundante em praias, à zona portuária ao norte e sul do Estado de Santa Catarina, além de oferecer condições para o fluxo de drogas para as diversas cidades localizadas no sul do Brasil. Assim, a circulação de pessoas é intensa, indicando possibilidades de que com mais rapidez pessoas com HIV, seja através do uso da droga injetável, seja através de contatos sexuais, transmitam o vírus e/ou outras doenças às pessoas que moram nas cidades ali localizadas e vice-versa.

7.2 - Da Sexualidade e Variáveis Estudadas

7.2.1 - Número de Parceiros Sexuais

Das quarenta mulheres entrevistadas, independente da condição de serem portadoras do HIV ou não, quando perguntadas sobre o número de parceiros sexuais durante a sua vida inteira, 29 (72,5%) disseram ter até 04 parceiros; 03 (7,5%) disseram ter de 5 a 9 parceiros; 02 (5,0%) revelaram ter 10 parceiros ou mais e 06 (15,0%) não lembravam mais o número de parceiros.

Entre as 24 mulheres com exames de Elisa positivos para o HIV, destacamos que 16 (66,6%) relataram ter tido até 04 parceiros; 04 (16,6%) não sabiam quantos parceiros tiveram; 03 (12,5%) tiveram de 05 a 09 parceiros; e 01 (4,2%) teve mais de 10 parceiros. (Gráfico 13)

Por outro lado, das 16 entrevistadas com exames de Elisa negativos, 13 (81,3%) revelaram ter até 04 parceiros; 02 (12,5%) não sabiam quantos parceiros tiveram e 01 (6,2%) teve mais de 10 parceiros. (Gráfico 14)

No conjunto das 40 mulheres entrevistadas, quando perguntadas sobre o número de parceiros sexuais nos últimos cinco anos, 37 (92,5%) tiveram até 04 parceiros; 02 (5,0%) tiveram de 05 a 09 parceiros e 01 (2,5%) não teve nenhum parceiro.

Entre as 24 mulheres com exame de Elisa positivo, 23 (95,8%) tiveram até 04 parceiros e 01 (4,2%) teve de 05 a 09 parceiros.

Entre as 16 mulheres com exame de Elisa negativo, 14 (87,6%) disseram ter tido até 04 parceiros; 01 (6,2%) teve de 5 a 9 parceiros e 01 (6,2%) não teve parceiro sexual nos últimos cinco anos.

No conjunto das 40 mulheres entrevistadas, quando perguntadas sobre o número de parceiros sexuais no último ano, 31 (77,5%) responderam ter tido até 04 parceiros e 09 (22,5%) não tiveram parceiro algum.

Entre as 24 mulheres com exame de Elisa positivo, 18 (75,0%) tiveram até 4 parceiros e 06 (25,0%) não tiveram parceiro algum.

Dentre as 16 mulheres com exame de Elisa negativo, 13 (81,2%) tiveram até 04 parceiros e 03 (18,7%) não tiveram parceiro algum.

Quanto ao número de parceiros nos últimos seis meses, que antecederam a entrevista, entre as 40 mulheres entrevistadas, 30 (75,0%) responderam ter tido um parceiro e 10 (25,0%) ficaram sem nenhum parceiro.

Dentre as 24 mulheres soropositivas, 17 (70,8%) responderam ter tido 01 parceiro e 07 (29,2%) responderam não ter tido parceiro algum (Gráfico 15).

Entre as 16 mulheres soronegativas, 13 (81,3%) tiveram 01 parceiro e 03 (18,7%) não tiveram parceiro algum (Gráfico 16).

A referência à ausência de parceiro deveu-se à separação, doença ou óbito do parceiro e, ainda, à falta de interesse em continuar tendo algum relacionamento sexual.

A falta de interesse sexual pelo parceiro infectado é uma manifestação comum entre as mulheres que se sentem traídas, ao constatarem que seu parceiro é portador do vírus, principalmente, quando a causa dessa traição está diretamente relacionada ao bissexualismo. Além disso, existem os fatores relacionados aos valores morais e a morte.

Guimarães (1996, p. 176), citando Foucault (1979), escreve que em se tratando de AIDS "o risco de infecção pelo HIV não reside genericamente nos contatos sexuais com indivíduos *desconhecidos*, mas sim no relacionamento com indivíduos socialmente *conhecidos* porém periféricos ao núcleo familiar - os *viados*, os *bichas*, os *drogados* e as *piranhas*".

Ao escrever sobre os efeitos sociais da AIDS, em pesquisa realizada no Rio de Janeiro, Loyola (1994, p. 61) comenta sobre o assunto: "a Aids interfere principalmente no caso de um dos parceiros contrair a doença

(22,1%). Nestes casos, as opiniões variam no sentido de um rompimento total da relação, passando por um rompimento apenas de ordem sexual, até nenhuma transformação de ordem afetivo-sexual do parceiro. Como nos casos de meras suspeitas quanto à vida sexual do parceiro, o amor é seguidamente invocado como força ou elemento capaz tanto de afastar, principalmente quando a doença é tida como conseqüência de um ato de traição, como de manter unido o casal".

Portanto, a AIDS torna-se um obstáculo à concretude da "união-afetivo sexual", senão pela perda do parceiro, mas sobretudo pela ruptura que ela provoca em conseqüência do medo da contaminação e sobretudo pela transgressão do parceiro à fidelidade jurada no início da união.

Se a "união afetivo-sexual" perdura, nem sempre é prazerosa. Ela apenas ocorre dentro de uma rotina, transformando, segundo Quinteiro (1993), "a conjugalidade numa grande amizade".

7.2.2 - Práticas Sexuais

A pesquisa foi dirigida aos aspectos das práticas sexuais, enfocadas no conceito de sexo seguro do Ministério da Saúde do Brasil, vivenciadas pelas mulheres entrevistadas, cujos parceiros eram portadores de HIV, antes e depois de terem conhecimento dos resultados de seus exames de Laboratório. No estudo, foram incluídas as três práticas sexuais largamente difundidas, sexo oral, vaginal e anal, também relatadas pelo CDC (1982d); por Verrusio (1989); pela OMS (1990); por Brunet (1992) e Mann et al (1993), como meio de contaminação para o HIV. Incluiu-se, também, perguntas relacionadas ao uso de condom; ao orgasmo; ao uso de anticoncepcional oral, à história de lesão de colo de útero e prevenção de Câncer; à história de DSTs.

Os resultados obtidos mostram que a prática sexual vaginal é largamente difundida, no entanto, não houve informações diferentes acerca das práticas sexuais em si, entre os dois grupos de mulheres, independente do conhecimento do resultado do exame de laboratório que revelava ser o parceiro soropositivo.

7.2.2.1 - Sexo Oral

O sexo oral ocorre entre várias civilizações, porém segundo Gregersen (1983, p. 60), eles é mais relatado, sobretudo, em sociedades mais civilizadas e em algumas partes do Pacífico e África.

Gir (1994, p. 36) escreve que "sexo oro-genital ou sexo oral significa a excitação sexual produzida pela estimulação dos genitais através da boca e língua da parceria sexual".

Para Rodrigues Júnior (1991, p. 18), esta é uma prática comportamental bastante comum e difundida.

A prática oro-genital tem sido repudiada em algumas culturas, principalmente, por interferência da religião.

"Na cultura cristã, o sexo oro-genital sempre foi condenado, principalmente por não permitir a reprodução e estar vinculado só ao prazer. Nas diferentes épocas da Igreja Cristã, as carícias pré-coito e as diferentes posições durante as relações sexuais eram consideradas como perversões sexuais" (Sanches apud Gir, 1994, p. 37).

Rubin em 1989, citado por Giddens (1993, p. 20), estudou as histórias sexuais de quase mil pessoas heterossexuais nos Estados Unidos, entre 18 e 48 anos de idade. Sobre os achados, ele assim escreveu: "entre as mulheres e os homens acima de 40, menos de um entre dez teve relação oral durante a adolescência; para cada geração sucessiva, a proporção aumenta. Entre a atual

geração de adolescentes, embora não universalmente praticado, o sexo oral é encarado como uma parte normal do comportamento sexual. Todo adulto entrevistado por Rubin já teve pelo menos alguma experiência neste sentido - isso em uma sociedade em que o sexo oral é ainda descrito como "sodomia" nos códigos civis e é, na verdade, ilegal em 24 Estados".

Sendo uma prática largamente difundida, é importante que alguns cuidados de prevenção na contaminação de doenças sejam repensados, pois, como refere Rodrigues Júnior (1991, p. 20): "o Instituto de Estudos Avançados de Sexualidade Humana (1991) de San Francisco (Califórnia, Estados Unidos) lista a felação, com ou sem ejaculação, e a cunilíngua como provavelmente seguras e possivelmente arriscadas no que tange a transmissão da Aids, considerando-as atividades mais seguras com o uso de preservativos na felação e com uma barreira de látex e/ou espermicida (a exemplo do nonoxinol-9) na cunilíngua".

Ao ato de estimulação dos genitais masculinos dá-se o nome de felação (*fellare*, do latim) que significa sugar.

Dá-se o nome de cunilíngua (do latim *cunnius*, vulva e *lingere*, lamber) à estimulação dos genitais femininos.

Por serem zonas erógenas, a boca e a genitália ao receberem estímulos podem propiciar sensações deleitáveis.

Ao perguntarmos às mulheres se faziam sexo oral em seus parceiros ou seus parceiros nelas, era sempre explicado se havia contato da boca com o pênis ou da boca com os genitais femininos.

A variação da prática sexual oral foi escolhida para avaliação, uma vez que, dentre os estudos existentes, relacionados às formas de transmissão, esta é a que tem sido mais enfatizada como meio de propagação do vírus.

Entre as 40 mulheres entrevistadas, 01 (2,5%) não quis responder sobre o assunto; 23 (57,5%) disseram que antes de saberem que ela e/ou o parceiro

eram soropositivos não faziam sexo oral; 14 (35,0%) faziam às vezes e 02 (5,0%) faziam quase sempre. Ao saberem da situação do exame, 01 (2,5%) fazia quase sempre; 04 (10,0%) faziam às vezes; 16 (40,0%) não faziam sexo oral e 19 (47,5%) deixaram de fazer por doença, morte, separação ou perda de interesse pelo parceiro.

Ao analisarmos, todavia, especificamente a situação, observamos que das 02 mulheres que praticavam quase sempre sexo oral, ao saberem do resultado dos seus exames e/ou o de seus parceiros, 01 (50,0%) passou a fazê-lo às vezes e 01 (50,0%) passou a não praticá-lo mais. Das 14 mulheres, que antes faziam às vezes, 04 (29,0%) passaram a não fazê-lo mais por motivo de doença, morte separação ou perda de interesse pelo seu parceiro; 03 (21,0%) continuaram a fazer sexo oral às vezes e 07 (50,0%) não o praticaram mais. No entanto, o que mais chamou a atenção foi que das 23 mulheres que nunca haviam feito, 14 (61,0%) deixaram de fazer por separação, doença, morte ou perda de interesse pelo parceiro; 08 (35,8%) nunca o fizeram e 01 (4,0%) que nunca fazia sexo oral antes, passou a fazer quase sempre. Esta mulher que passou a praticar o sexo oral quase sempre, assim se expressou:

"Ele não aceitava sexo oral. Eu fazia nele, ele não fazia em mim ...".

(Hortênsia, 32 anos, soronegativa).

Entre as 24 mulheres com sorologia positiva para HIV, 10 (41,6%) praticavam sexo oral às vezes, antes de ficar sabendo do resultado do exame; 13 (54,2%) nunca o praticaram e 1 (4,2%) não respondeu. Todavia, ao saberem de seus exames e/ou o de seus parceiros; 03 (12,5%) mulheres responderam que praticaram o sexo oral às vezes; 08 (33,3%) nunca o praticaram e 13 (54,2%) não o praticaram por doença, morte, separação ou perda de interesse pelos seus parceiros. (Gráfico 17)

Entre as 16 mulheres soronegativas, 04 (25,0%) praticaram sexo oral às vezes, antes de saber do resultado do exame; 02 (12,5%) praticaram sexo oral quase sempre e 10 (62,5%) nunca o praticaram. Após terem conhecimento de que seu parceiro era portador do vírus, 01 (6,2%) praticou sexo oral às vezes; 01 (6,2%) praticou quase sempre; 08 (50,0%) nunca o praticaram e 06 (37,6%) deixaram de praticá-lo por doença, morte, separação ou falta de interesse pelo parceiro. (Gráfico 18)

O exercício da prática do sexo orogenital nem sempre é aceito pelas mulheres e também por alguns homens, em decorrência da concepção que possuem de que os órgãos genitais não são limpos. A idéia de que os órgãos genitais são parte "suja" do corpo decorre da educação sexual recebida e da vinculação feita entre eles e os órgãos de excreção do organismo (Rodrigues, 1975).

Apesar disso, através dos dados obtidos verifica-se que, em ambos os grupos, a prática era aceita por muitas mulheres e que conscientes dos riscos de contaminação pelo HIV, ao saberem dos resultados dos exames de seus parceiros, a maioria deixou de praticá-lo mesmo com a ampla divulgação por parte das instituições oficiais de prevenção e controle da AIDS, de que "a camisinha evita a contaminação". Com essa atitude acredita-se que as mulheres estão mais atentas aos riscos de contaminar-se e preferem seguir a sua intuição a acreditar em informações que não lhe oferecem total segurança.

7.2.2.2 - Sexo Vaginal

A relação vaginal constitui-se na prática sexual mais comum.

Entre as 40 mulheres entrevistadas, foi verificado que, antes de saberem o resultado do exame, 33 (82,5%) tinham sempre relação vaginal; 04 (10,0%) tiveram relação vaginal quase sempre; 01 (2,5%) tinha relação vaginal às

vezes; 01 (2,5%) nunca tinha e 01 (2,5%) não respondeu. Depois de saberem do resultado de seus exames e/ou o de seus parceiros 20 (50,0%) disseram ter sempre relação vaginal com seu parceiro; 01 (2,5%) tinha relação vaginal às vezes e 19 (47,5%) nunca tiveram relação vaginal, porque não tinham antes ou porque deixaram de praticá-la em virtude de doença, morte, separação ou perda de interesse pelo parceiro.

Analisando cada grupo separadamente, foi possível verificar que das 24 mulheres soropositivas, 20 (83,3%) responderam ter sempre relação vaginal com seu parceiro antes de saberem o resultado dos exames; 03 (12,5%) tinham relação vaginal quase sempre e 01 (4,2%) não respondeu. Depois de saberem o resultado do exame, 10 (41,6%) tinham sempre relação vaginal; 01 (4,2%) tinha relação vaginal às vezes e 13 (54,2%) deixaram de praticá-la por doença, morte, separação ou perda de interesse pelo parceiro. (Gráfico 19)

Dentre as 16 mulheres soronegativas, 13 (81,3%) responderam que tinham relação vaginal sempre, antes de ficarem sabendo do resultado do exame de seu parceiro; 01 (6,2%) tinha relação vaginal quase sempre; 01 (6,2%) tinha relação vaginal às vezes e 01 (6,2%) nunca tinha relação vaginal, pois, segundo a entrevistada, o parceiro era Mormon e a religião não permitia. Após saberem que seus parceiros eram portadores do HIV, 10 (62,4%) tinham sempre relação vaginal; 06 (37,6%) passaram a não ter mais relação vaginal em virtude de doença, morte, separação ou falta de interesse pelo parceiro. (Gráfico 20)

Cabe ressaltar, que a mulher soronegativa que nunca tinha relação vaginal porque a religião do parceiro não permitia, informou que após saber o resultado do exame do mesmo, passou a ter relação vaginal. Além disso, a entrevistada informou que a contaminação do parceiro ocorreu por hemotransfusão para recuperação de perdas sanguínea em acidente de trânsito.

"Antes de saber que ele era portador não tinha relação por causa da religião que não permitia. Quando soube que ele era positivo eu me desestruturei toda, aí comecei a ter relação. A gente não se tocava. Era um sonho. O máximo era tocar a mão. Foi como um castelo caindo. Nas primeiras relações ele tava muito revoltado, então, eu que estimulava ele. Ele não me estimulava".

(Hortênsia, 32 anos, soronegativa)

Algumas das entrevistadas assim se expressaram para justificar a continuidade da convivência sexual com seu parceiro, mesmo sabendo que ele ou ambos estavam infectados pelo HIV:

"Para mim não mudou nada, continua sendo a mesma coisa".

(Canário da Telha, 27 anos, soropositiva)

"Se eu tô e ele tá, então vamos correr o risco nós dois, para que vamos correr?"

(Flor de Liz, 41 anos, soropositiva).

"Me acostumei com ele. Eu gosto dele"

(Bromélia, 30 anos, soronegativa).

"Porque eu gosto dele, porque a gente se ama, isto não é problema".

(Gardenia, 21 anos, soronegativa)

"Eu não senti receio nenhum. Ele é que começou a evitar. Ele é que ficou com medo de me contaminar, este foi o maior medo dele".

(Ipomola, 36 anos, soronegativa)

"Eu não vou dizer não para ele, eu não vou fazer. Ele vai dizer: tens outro".

(Angélica, 41 anos, soronegativa).

"Porque eu gosto dele".

(Anturium, 39 anos, soronegativa)

"Eu gosto dele e eu não tenho coragem de deixar ele mesmo gostando".

(Lilium, 18 anos, soronegativa)

"Sei lá, porque eu gosto dele, né".

(Biri, 20 anos, soronegativa)

Mesmo sabendo da situação de soropositividade delas ou de seus companheiros, o coito era praticado, mostrando em seus dizeres que o amor foi o imperativo nesta relação. Somente uma alegou que permaneceu com a mesma prática para que o companheiro não pensasse que estava sendo traído.

Apesar do HIV e da AIDS serem uma ameaça às mulheres, essas declarações vêm confirmar o quanto as mesmas, por força da influência cultural, são dedicadas aos outros, esquecendo-se de si próprias. Esquecimento esse que, muitas vezes, as leva a situações cuja vida é colocada em risco, em nome de um sentimento que é a razão do seu próprio viver.

7.2.2.2.1 - Sexo Vaginal e Orgasmo

Antes do comentário dos dados obtidos, faz-se necessário rever o conceito de orgasmo e sua relação com a prevenção da contaminação do HIV.

O orgasmo, fase da resposta sexual humana no homem, é constituído de "dois reflexos independentes, mas coordenados" constituindo as sub fases de emissão (sinal fisiológico sem causar prazer) e ejaculação (que ocorre logo em

seguida a emissão, com "contrações rítmicas a intervalos de 0,8 segundos", com a finalidade de jorrar o líquido seminal, e é "acompanhada de sensações típicas do prazer orgástico").

Na mulher o orgasmo ocorre sem a sub-fase da emissão tendo, porém, as mesmas contrações rítmicas em igual tempo e sensação que ocorre no homem (Kaplan, 1983; Kolodny, 1982; Masters e Johnson, 19--*; Vargas, 1993).

Antes de saberem a condição de soropositividade delas e/ou a de seus parceiros, dentre as 40 mulheres entrevistadas, 33 (82,5%) tinham sempre relação vaginal. Dessas, 09 (27,0%) tinham orgasmo sempre; 5 (15,0%) tinham orgasmo quase sempre; 11 (33,0%) tinham às vezes e 08 (24,0%) nunca tinham orgasmo. Depois de saberem ser soropositivas e/ou seu parceiro, 08 (24,0%) tinham relação vaginal com orgasmo sempre. Merece destacar que, entre estas oito mulheres, uma não tinha relação vaginal antes de saber o resultado do exame por motivos religiosos e outra, antes de saber o resultado do exame, tinha relação vaginal quase sempre, mas com orgasmo, às vezes.

Entre as 24 mulheres soropositivas, foi possível observar que, antes de saberem o resultado dos exames, 20 (83,3%) disseram ter relação vaginal sempre e dessas 04 (20,0%) responderam ter orgasmo sempre; 05 (25,0%) relataram ter orgasmo quase sempre; 06 (30,0%) tinham orgasmo às vezes e 05 (25,0%) nunca tinham orgasmo. Após saberem o resultado do exame, 04 (16,6%) tinham relação vaginal sempre e dessas 03 (75,0%) tinham orgasmo sempre e 01 (25,0%) tinha orgasmo às vezes. (Gráfico 21). Entre as 03 mulheres com orgasmo sempre está incluída uma que, antes de saber do resultado do exame, tinha relação vaginal quase sempre, com orgasmo às vezes. As demais, 13 (54,2%) deixaram de ter relação vaginal e orgasmo; 02 (8,3%) deixaram de ter relação vaginal, mas tinham orgasmo; 01 (4,2%)

* O documento citado não tinha data.

passou a ter relação vaginal quase sempre e com orgasmo sempre e 04 (16,6%) passaram a ter relação vaginal às vezes e com orgasmo sempre.

Das 16 mulheres soronegativas, antes de saberem do resultado do exame, 13 (81,3%) tinham relação vaginal sempre. Dessas, 05 (38,4%) tinham orgasmo sempre; 05 (38,4%) tinham orgasmo quase sempre e 03 (23,1%) nunca tinham orgasmo. Após saberem os resultados dos exames de seus parceiros, 05 (31,2%) tinham relação vaginal sempre, com orgasmo sempre. As demais, 06 (37,6%), não tinham relação vaginal nem orgasmo; 04 (25,0%) tinham relação vaginal às vezes, com orgasmo sempre e 01 (6,2%) nunca tinha relação vaginal, mas tinha orgasmo sempre. (Gráfico 22)

Estes resultados levam à reflexão sobre a importância do HIV/AIDS em interferir no comportamento sexual das pessoas e no resultado deste relacionamento.

A relação do HIV/AIDS com a morte ainda é muito acentuada entre os (con) vivos com o vírus e/ou a doença.

Assim, algumas mulheres, ao saberem da condição de soropositividade de seus parceiros, deixaram de ter contato sexual com eles e as que permaneceram com a prática sexual tiveram a fase orgástica prejudicada, tendo em vista a ansiedade gerada pelas possíveis perdas.

Loyola (1994, p. 11) analisa este fato quando escreve: "com a Aids, a relação entre as figuras da sexualidade e da morte perde sua dimensão relativa (como nas doenças venéreas clássicas) e atinge o nível do absoluto, pois enquanto nessas a morte é considerada uma consequência mediata e tardia da volúpia sexual, na Aids a morte é consequência imediata do desejo sexual, sendo pois a possibilidade intrínseca e fatal de uma determinada escolha sexual".

7.2.2.3 - Sexo Anal

O coito anal em diferentes culturas tem significados diversos.

Gregersen (1983, p. 59) escreve: "foração anal (sodomia) raramente é mencionada como uma técnica heterossexual, apesar de ocorrer, por exemplo entre os Mangaians, durante períodos menstruais". Essa afirmação, entretanto, nos impulsiona a várias reflexões, pois, em nossa prática profissional, o sexo anal tem sido mencionado, também, como pratica sexual entre heterossexuais. Essa prática tem sido apresentada ou sugerida em produções cinematográficas, como pode ser vista, por exemplo, no filme "O último tango em Paris" (1972).

Desde os primeiros escritos sobre a transmissão do HIV, a via anal tem sido largamente enfatizada como um dos meios de contaminação mais evidentes. Se nos remetermos aos registros dos primeiros casos de AIDS no mundo, observamos que o maior número de contaminados eram pessoas cuja prática sexual incluía o sexo anal.

Sendo a mulher parceira receptiva, ela está sujeita a receber o HIV, uma vez que o sêmen atinge a corrente sangüínea através das lacerações da mucosa retal. No entanto, escrevem Gir et al (1994, p. 123): "o coito anal heterossexual é raramente discutido na literatura científica, contudo é uma prática não rara, e mais freqüentemente praticada do que as pessoas imaginam e a sociedade admite ...".

Dentre as 40 mulheres entrevistadas, 01 (2,5%) não respondeu a pergunta; 12 (30,0%) disseram que praticavam sexo anal às vezes e 27 (67,5%) disseram nunca ter praticado sexo anal antes de saberem que elas e/ou seus parceiros eram soropositivos. Todavia, após o resultado dos exames, 03 (7,5%) disseram que continuaram a prática do sexo anal; 18 (45,0%) disseram

que nunca tiveram relação anal e 19 (47,5%) deixaram de ter relação anal por doença, morte, separação ou perda de interesse pelo seu parceiro.

Entre as 24 mulheres portadoras do vírus, 01 (4,2%) não respondeu a pergunta, 07 (29,2%) disseram que praticavam sexo anal às vezes e 16 (66,6%) nunca praticavam sexo anal, antes de saberem que elas ou seus parceiros eram positivos. Depois de saberem, somente 01 (4,2%) continuou com a mesma prática, 10 (41,6%) nunca praticaram e 13 (54,2%) deixaram de ter relação por separação, doença ou óbito do parceiro, ou falta de interesse. (Gráfico 23)

Com relação às respostas dadas pelas 16 mulheres soronegativas para o HIV, 05 (31,2%) praticavam sexo anal às vezes e 11 (68,8%) nunca praticaram sexo anal, antes de saberem que seus parceiros eram positivos. Após saberem do resultado do exame, 02 (12,5%) continuaram a praticar sexo anal às vezes, 08 (50,0%) nunca praticaram e 06 (37,5%) deixaram de ter relação anal por doença, morte, separação ou falta de interesse pelo parceiro. (Gráfico 24)

Padian, citado por Gir et al (1994, p. 123), em pesquisa realizada, verificou que a prática do coito anal foi mais encontrada entre parceiras de bissexuais masculinos do que em mulheres com parceria exclusivamente heterossexual.

Pontuando o que a literatura descreve com relação a estudos já registrados e o que foi encontrado na presente pesquisa, percebe-se que as freqüências percentuais foram equivalentes, no que se relacionam ao coito anal entre os dois grupos de mulheres entrevistadas. Em ambos os grupos, a prática do sexo anal é relativamente a mesma.

Gir et al (1994, p. 123) escrevem ainda que: "não obstante as evidências de que o coito anal receptivo seja a prática sexual que até hoje confere maior risco de infecção ao HIV, tanto entre homossexuais masculinos como para mulheres heterossexuais e apesar da magnitude da situação da AIDS no

mundo, várias deficiências em informação sobre coito anal emergem como tentativas frustrantes para o prognóstico da situação da AIDS, requerendo a direção de estratégias específicas e sistematizadas para bloquear a disseminação".

Portanto, é preciso levar em consideração que, em se tratando de assunto de "foro" íntimo, a informação recebe a conotação desejada pelo informante, podendo prejudicar, desta forma, as condutas de prevenção e controle do HIV/AIDS.

7.2.2.4 - Uso do Preservativo de Látex (Condom, Camisinha de Vênus)

O uso de preservativo de látex foi destacado em item separado da análise feita a respeito do uso de contraceptivos, uma vez que a sua utilização tem diferentes perspectivas e com relação a prevenção da AIDS ele tem sido destacado, em todas as campanhas oficiais do Ministério da Saúde, como um método de barreira importante para o HIV e, por isso, um recurso fundamental para a "prática do sexo seguro".

A necessidade da proteção contra o HIV tem modificado a noção de "segurança e eficácia" na contracepção.

Antes da AIDS, o uso do preservativo tinha como finalidade somente a prevenção de uma gravidez não desejada.

Hoje, o risco de infecção pelo HIV é grande, entretanto, o uso de preservativo não pode ser considerado como de uso genérico e contínuo. De modo empírico, existem relatos verbais de que no início de "namoros" ou "romances" há uma aceitação relativa do uso do preservativo. Mas, a medida em que o relacionamento se torna "estável" ou de "confiança" o preservativo deixa de ser usado. Isto requer uma reflexão, porque o tempo de

relacionamento não exclui as possibilidades de risco para contaminar-se com o HIV, até porque há uma história de vida e exposições diferenciadas.

Também, é preciso lembrar que se for levado em conta o risco de ruptura dos preservativos, ou ainda, a sua qualidade, fatores considerados para o uso da luva cirúrgica, as possibilidades de "desproteção coletiva" é semelhante. Portanto, é preferível usar o preservativo, mesmo correndo o risco de uma gravidez, do que arriscar uma infecção pelo HIV, não o utilizando. No entanto, nem todos pensam assim.

Em pesquisa realizada com homens, em dez regiões metropolitanas no Brasil, Lemes (1994) encontrou que 30% dos homens entrevistados, para proteger-se da AIDS, limitam-se a "reduzir o número de parceiras ou escolher melhor com quem transar".

Gregersen (1983, p. 290) descreve que "o condom é um envoltório utilizado sobre o pênis durante a cópula. A primeira evidência de sua existência nos chega no século XVI. Sua invenção é discutível, sendo atribuída ao anatomista italiano Gabriel Fallopus (1523 e 1562), conhecido por sua descrição das Trompas de Falópio. Ele descreveu (e alegou ter inventado) um envoltório de linho que se ajustava sobre a glândula, com a finalidade de evitar a disseminação da sífilis. A partir de então, o condom evoluiu, tornando-se o método mecânico de contracepção mais amplamente empregado.

A única sociedade não ocidental que desenvolveu um contraceptivo semelhante ao condom foram negros Dyuka Bushi do Suriname, que em 1930 foram descritos como usando vagens como dispositivos anticoncepcionais. A vagem tinha cerca de 12 cm de comprimento, tendo sido retirada uma de suas extremidades. O homem introduzia seu pênis na vagem, que já estava na vagina da mulher."

Na pesquisa realizadas obtiveram-se respostas sobre o uso do preservativo na relação vaginal e na relação anal.

7.2.2.4.1 - Uso de preservativo na relação vaginal

Ao se analisar o uso de preservativo entre as 40 mulheres entrevistadas, antes de saberem sobre o resultado do exame, observou-se que 01 (2,5%) não respondeu sobre o assunto; 01 (2,5%) não tinha relação por razões religiosas; 05 (12,5%) disseram que o parceiro usava preservativo às vezes e 33 (82,5%) disseram que o parceiro nunca usava preservativo. Após saberem o resultado dos exames, 19 (47,5%) não tiveram mais relação vaginal, por motivo de separação, doença, morte ou falta de interesse; 11 (27,5%) disseram que o parceiro usava preservativo sempre; 01 (2,5%) disse que o parceiro usava preservativo quase sempre; 03 (7,5%) disseram que o parceiro usava o preservativo às vezes e 06 (15,0%) informaram que o parceiro nunca usava o preservativo (Gráfico 25).

Dentre as 24 mulheres soropositivas entrevistadas, foi observado que, antes de saberem o resultado dos exames, das 20 (83,3%) mulheres que tinham relação vaginal sempre, destas 18 (90,0%) disseram que seus parceiros nunca usavam preservativo e 02 (10,0%) disseram que seus parceiros usavam-os às vezes. Porém, as 24 mulheres ao saberem que elas e/ou seus parceiros eram portadores do HIV, 13 (54,2%) não tiveram mais relação vaginal com seus parceiros, por motivo de separação, doença, morte ou falta de interesse; 05 (20,8%) tinham sempre relação vaginal com o uso de preservativo, e 01 (4,2%) disse que tinha relação sempre, mas seu parceiro às vezes usava preservativo; 01 (4,2%) tinha relação vaginal com seu parceiro usando o preservativo quase sempre e 04 (16,6%) disseram que seus parceiros continuaram sem usar a camisinha.

Entre as 16 mulheres soronegativas entrevistadas e que responderam sobre o assunto, 13 (81,3%) disseram ter sempre relação vaginal antes de ficarem sabendo do exame do parceiro, sendo que destas, 11 (84,6%) disseram

que os parceiros nunca usavam o preservativo e 02 (15,4%) informaram que os parceiros usavam às vezes.

Depois de ficarem sabendo que os parceiros eram soropositivos, 06 (37,6%) das 16 mulheres soronegativas entrevistadas não tiveram mais relação vaginal e 10 (62,4%) continuaram sempre a ter relação vaginal com seus parceiros. Dessas, 06 (60,0%) disseram que seus parceiros utilizavam sempre o preservativo; 02 (20,0%) informaram que seus parceiros usavam o preservativo às vezes e 02 (20,0%) disseram que seus parceiros nunca usavam o preservativo.

Percebe-se aqui mudança no relacionamento sexual dessas mulheres, mostrando que o "luto causado pela AIDS" não ocorre somente quando a doença manifesta sucumbe o indivíduo, mas está diretamente relacionado ao resultado do exame para diagnóstico do HIV.

7.2.2.4.2 - Uso de preservativo na relação anal

Ao analisarmos o uso de preservativo entre as 40 mulheres entrevistadas, antes de saberem sobre o resultado do exame, foi possível obter a informação de que 12 (30,0%) mulheres, tinham relação anal, e seus parceiros nunca usavam preservativo. Após saberem do resultado dos exames, somente 03 (7,5%) tinham relação anal, sendo que destas 01 (33,3%) disse que seu parceiro usava preservativo sempre e 02 (66,7%) relataram que seus parceiros nunca usavam preservativo. (Gráfico 26)

Entre as 24 mulheres soropositivas entrevistadas, antes de saberem do resultado do exame, 07 (29,2%) tinham relação anal e seus parceiros nunca usavam preservativo. Depois de saberem de seus exames, somente 01 (4,2%) continuou tendo relação anal, porém, seu parceiro usava o preservativo.

Das 16 mulheres soronegativas, 05 (31,2%) praticavam sexo anal às vezes e nunca usavam preservativo antes de saberem do resultado dos exames. Após saberem do resultado dos exames, 02 (12,5%) continuaram tendo relação anal, sendo que o parceiro de uma usava preservativo sempre e o parceiro de outra nunca usava.

O uso do preservativo em nossa sociedade está relacionado diretamente com a questão cultural. Entre os parceiros ditos "estáveis" o preservativo é adotado, principalmente e sobretudo, quando há um interesse maior em evitar a concepção. De um modo geral, ter relação com condom é expressado por homens e mulheres como se fosse algo tal qual "chupar bala com papel". Além disso, exigir de um ou de outro o uso de preservativo é levantar suspeita de traição e até acabar uma relação. Isto foi relatado por uma das entrevistadas:

"Quando nós fomos saber o resultado a médica falou que devíamos usar a camisinha, mas ele não tomou conhecimento. Ele ouviu o que queria escutar. Tivemos três relações sem camisinha, aí eu me dei conta que não podia ser assim. Comprei as camisinhas e botei na cômoda. Quando ele quis ter relação eu disse que ele tinha que usar a camisinha. Ele disse: - não, não vou usar. Eu disse que só aceitaria se fosse com camisinha. A partir daí ele nunca mais se aproximou para uma relação sexual. Nem tentou. E, no outro dia as camisinhas tinham sumido da cômoda. A partir daí só beijo no rosto, abraço para algum cumprimento, boa noite, mãos dadas. Viramos irmãos".

(Orquídea, 43 anos, soropositiva).

A decisão acima exposta não é comum de ser tomada pelas mulheres. Muitas mulheres deixam de se proteger do HIV, de outras DSTs e da gravidez, uma vez que o uso do preservativo depende quase que exclusivamente da decisão do parceiro.

Martin et al (1992, p. 168) escrevem que: "analisar as possibilidades de uma estratégia de prevenção de AIDS entre mulheres, baseada no aumento de uso de condom e introdução de outras práticas de sexo seguro, significa levar em consideração as diferenças existentes entre os papéis e condutas masculinas e femininas frente a ela, as relações de poder existentes entre os gêneros, assim como aquelas definidas pela inserção da mulher na cultura e no sistema produtivo".

Em pesquisa realizada em Campinas, São Paulo (Berquó e Souza, 1994), foi verificado que o condom é reconhecido mais como preventivo para a gravidez, não havendo, portanto, segundo os entrevistados, a necessidade do uso freqüente do mesmo, uma vez que as relações são com parceiras estáveis usuárias de métodos anticoncepcionais femininos.

Para Jane Galvão, antropóloga brasileira, citada por O'Leary e Cheney (1993, p. 41), "a mulher tem que dar ao preservativo uma conotação erótica (aqui ele é conhecido como "camisinha de vênus", nome que traz claras conotações femininas); a mulher tem ainda que escolher o melhor momento, lugar, etc. e 'implorar' para que seu parceiro use o preservativo. A mulher pode seguir à risca todas as recomendações dos propagandistas do sexo seguro e das práticas de saúde mais sensatas, mas o homem continua a ser aquele que sempre pode dizer "não".

Todavia, ao se analisar os dados obtidos através do questionário que foi aplicado, verifica-se que, após terem conhecimento da soropositividade de seus parceiros, o uso de preservativo passou a fazer parte do cotidiano sexual da maioria dos casais que continuaram tendo relação sexual anal.

O uso do condom está sujeito, diante da decisão masculina, a uma certa fragilidade, uma vez que é o homem quem decide seu uso, principalmente, se no momento ele ou ela estão sob efeitos de drogas (álcool e drogas pesadas) ou ainda, se sua parceira sexual no momento é prostituta; ou ainda, porque

muitas mulheres são pobres e não têm dinheiro para comprá-los ou têm vergonha de adquiri-los.

Além das condições de saúde dos parceiros, o uso do condom depende também das condições afetivas, emocionais e do uso de outro método contraceptivo.

No Brasil é sabido que poucos são os programas educativos que deixam claro às mulheres com laqueadura, ou usuárias de métodos contraceptivos orais, as várias funções dos preservativos e a necessidade de usá-los, mesmo que no momento esteja sendo adotada a contracepção por outro método.

Daí a necessidade de esclarecimentos pertinentes ao uso do condom para a população de modo geral e para a mulher de modo particular, para que essa adapte-se ao uso da mesma, antes que o HIV passe a fazer parte, rotineiramente, da sua vida.

7.2.2.5 - Carícia em Geral

O termo carícia tem sua origem do latim, *carus*, "querido" e de *caritas* "caridade".

Em regiões não genitais parece não haver modificação de comportamento depois de saberem que elas e/ou seus parceiros eram portadores do HIV, é o que nos mostram os resultados encontrados nas respostas das 40 mulheres entrevistadas. Dessas, antes de saberem o resultado dos exames, 32 (80,0%) disseram que eram acariciadas sempre por seus parceiros; 03 (7,5%) disseram que eram acariciadas quase sempre; 03 (7,5%) disseram que eram acariciadas às vezes e 02 (5,0%) disseram nunca ter sido acariciadas. Depois de saberem o resultado dos exames, 16 (40,0%) informaram terem sido acariciadas sempre; 02 (5,0%) eram acariciadas quase sempre; 02 (5,0%) nunca eram acariciadas e 20 (50,0%) deixaram de ser

acariciadas por motivo de doença, morte, separação ou perda de interesse pelo parceiro.

Dentre as 24 mulheres soropositivas entrevistadas, antes de sabermos os resultados dos exames, 17 (70,8%) disseram que eram acariciadas sempre; 03 (12,5%) disseram que eram acariciadas quase sempre; 03 (12,5%) disseram que eram acariciadas às vezes e 01 (4,2%) nunca foi acariciada. Depois de sabermos os resultados dos exames, 05 (20,8%) disseram que eram acariciadas sempre; 02 (8,3%) eram acariciadas quase sempre; 02 (8,3%) nunca eram acariciadas e 15 (62,6%) disseram que não foram mais acariciadas, por doença, morte, separação ou perda de interesse pelo parceiro. (Gráfico 27)

Mediante às respostas obtidas, verifica-se que há uma diminuição significativa da prática de carícia, no grupo de mulheres soropositivas, após sabermos dos resultados de seus exames e de seus parceiros.

Dentre as 16 mulheres soronegativas entrevistadas, antes de sabermos os resultados dos exames, 15 (93,8%) eram acariciadas sempre pelos seus parceiros; 01 (6,2%) nunca era acariciada. Após sabermos os resultados dos exames de seus parceiros 11 (68,8%) eram acariciadas sempre por seus parceiros e 05 (31,2%) deixaram de ser acariciadas, por doença, morte, separação e perda de interesse pelo parceiro. (Gráfico 28)

Entre o grupo de mulheres soronegativas, esta prática parece ter se mantido em qualquer situação, uma vez que esse tipo de oportunidade é compreendido como não oferecendo riscos para a contaminação.

As informações emanadas do Ministério da Saúde, através da mídia, em campanhas de esclarecimento, desde o início da epidemia, têm levado ao público a idéia de que "beijo no rosto, aperto de mão e abraço não constituem chance de "pegar AIDS". (ABIA, 19--*, Venturi, 1992, O'Leary e Cheney, 1993).

*O documento em pauta não tinha data.

A inexistência da possibilidade de contaminar-se através da carícia é uma probabilidade vista pelo povo latino como um alívio ou despreocupação para a infecção pelo HIV, e em particular pelo povo brasileiro, uma vez que, o mesmo tem como prática muito comum de demonstração de afeto o beijo no rosto e o toque entre as pessoas. Entretanto, é preciso ficar atento, uma vez que não existem, ainda, informações suficientes e científicas que sustentem essa tese.

No entanto, a diminuição significativa da prática de carícia, encontrada no grupo de mulheres soropositivas, tem sua explicação no fato de terem sido contaminadas por seus parceiros, havendo, portanto, o ressentimento em relação aos mesmos em virtude do contágio de um vírus que remete à dor, à perda de amigos e familiares, às limitações do desfrute de uma união afetivo sexual prazerosa à morte.

7.2.2.6 - Doenças Sexualmente Transmissíveis - DSTs

Basset e Mhloyi (1994, p. 124) chamam a atenção para a relação importante que existe entre a AIDS e as DSTs, quando escrevem sobre pesquisa realizada na África. As autoras escrevem que nesse país africano "[...] ter uma DST é quase um rito de passagem para a idade adulta, a prova de uma atividade sexual [...]"...

Doenças que provocam ulcerações genitais são relatadas como componentes possíveis de estarem associadas à transmissão do HIV, uma vez que as lacerações dos tecidos constituem-se em porta de entrada para o vírus.

O'Leary e Cheney (1993, p. 27) ao escreverem sobre os co-fatores da transmissão sexual, relatam que: "as DSTs que não causam úlceras também desempenham seu papel no processo de contaminação. Algumas pesquisas mostram que mulheres que se contaminaram com o HIV eram mais propensas

a infecções que não causam úlceras como as infecções cervicais, a gonorréia, a clamídia ...".

Das 40 mulheres entrevistadas, 23 (57,5%) informaram nunca ter tido alguma DST; 15 (37,5%) tiveram alguma história de doença sexualmente transmissível e 02 (5,0%) não souberam informar.

Entre as 24 mulheres portadoras do HIV, 12 (50,0%) não tiveram doença relacionada à DST; 10 (42,6%) tiveram alguma doença dessa natureza e 02 (8,3%) não souberam dizer se tiveram alguma DST. (Gráfico 29)

Dentre as 16 mulheres soronegativas, foi observado que 5 (31,2%) relataram que tiveram alguma DST e 11 (68,8%) disseram que não tiveram. (Gráfico 30)

A inexistência de campanhas educativas nesta área e de serviços organizados que possam atender a demanda, sistematicamente, contribuem para que as DSTs cada vez mais sejam propagadas e sirvam de porta de entrada para o HIV.

As informações conseguidas confirmam a necessidade de uma definição da política de saúde nesta área, além de que estudos mais aprofundados sejam realizados pelos serviços que prestam assistência às pessoas portadoras de HIV, uma vez que artigos e documentos publicados pela OMS (1990), Mann et al (1993), O'Leary e Cheney (1993), Lago, (1995), Libman e Witzburg (1995), Barbosa e Villela (1996), dentre outros mencionam alguma relação entre as DSTs e a infecção pelo HIV.

7.2.2.7 - Prevenção do Câncer Uterino e Lesão de Colo de Útero

A questão da presença de lesões de colo uterino por outras doenças, tais como o câncer, tem feito com que pesquisas sejam realizadas no sentido de

verificar a importância desse co-fator como contribuidor para a infecção do HIV.

Dentre as 40 mulheres entrevistadas, 23 (57,5%) mencionaram fazer o preventivo de câncer de colo de útero; 15 (37,5%) disseram que não faziam e 02 (5,0%) não responderam sobre o assunto.

Entre as 24 mulheres soropositivas, 14 (58,4%) disseram que faziam o exame preventivo de câncer; 08 (33,3%) não o faziam e 02 (8,3%) não responderam sobre o assunto. (Gráfico 31)

Dentre as 16 mulheres soronegativas, 09 (56,2%) disseram fazer o exame preventivo de câncer e 07 (43,8%) não o faziam. (Gráfico 32)

As que não costumavam fazer o exame disseram que nunca haviam sido encaminhadas ou orientadas para isso. Além do mais, não há um trabalho integrado entre os serviços no sentido de conciliar os controles, para evitar uma possível infecção pelo HIV ou outras DSTs.

Outro aspecto que merece destaque é de que a frequência da realização do exame não era a mesma apregoada pelo Programa de Prevenção de Câncer Uterino, cuja norma orienta para a realização de exame uma vez ao ano.

As entrevistadas mencionaram que o exame era feito "quando iam ao médico" e o intervalo entre um exame e outro era de até dois anos.

O "comportamento preventivo" com relação ao Câncer Cérvico Uterino é um indicador importante no que diz respeito à maneira como a mulher se previne ou como busca a saúde dos "órgãos" relacionados à sexualidade e com isso à prevenção das DSTs/AIDS.

Todavia, o desenvolvimento de tal comportamento está diretamente relacionado à educação, à informação e ao acesso aos serviços de saúde, o que em nosso país tornam-se fatores indiretamente contributivos para a infecção pelo HIV e/ou outros microorganismos sexualmente transmissíveis, uma vez que a informação deixa a desejar, uma massa crítica de mulheres não

chega à escola e os serviços de saúde preventiva não correspondem à demanda.

Dentre as 40 mulheres entrevistadas, 13 (32,5%) disseram ter tido alguma lesão no útero, identificando-a como "feridinha"; 02 (5,0%) não responderam sobre o assunto e 25 (62,5%) responderam que nunca tiveram.

Entre as 24 mulheres soropositivas, 09 (37,5%) disseram ter tido lesão do colo de útero; 02 (8,3%) não responderam e 13 (54,2%) nunca tiveram. (Gráfico 31)

Das 16 mulheres soronegativas, 03 (18,7%) disseram ter tido lesão de colo de útero e 13 (81,3%) informaram que nunca tiveram. (Gráfico 32)

A lesão de colo de útero, independente de sua etiologia, é uma porta de entrada para microorganismos.

Parece haver uma associação entre lesão de colo de útero e a presença de HIV, uma vez que 09 (37,5%) das mulheres soropositivas para HIV apresentaram lesão de colo de útero e 13 (81,3%) das mulheres com sorologia negativa não apresentaram lesão de colo de útero. No entanto, a etiologia destas lesões eram desconhecidas.

Barbosa e Villela (1996, p. 22) escreveram que "Em janeiro de 1993, o Center for Disease Control - CDC, reconheceu o câncer de colo de útero como doença ocasionada à AIDS. No Brasil, esta patologia não aparece nas notificações e boletins epidemiológicos".

Diante dos resultados encontrados é preciso que estudos mais aprofundados sejam realizados sobre a relação entre a contaminação pelo HIV e certas doenças inflamatórias pélvicas.

7.2.2.8 - Uso de Anticoncepcional Oral

Os contraceptivos mencionados pelas entrevistadas foram o anticoncepcional oral e o uso de preservativo de látex (camisinha, condom) e o uso de ducha d'água após o coito.

A contracepção com o uso de anticoncepcional oral, colocada à sociedade a partir dos anos 60, é hoje uma conduta importante de repercussão anti-preventiva no que se refere às mudanças de comportamento sexual impostas pela AIDS.

Com a liberação da mulher, o advento da "pílula" foi eminente e com isso, também, a facilidade em adquiri-la. Pequeno, fácil de guardar, sendo o seu uso controlado pela própria mulher, além de ser vendido sem controle médico, o anticoncepcional oral é usado em larga escala pelas mulheres. Assim, também, seus efeitos colaterais não são controlados, sobretudo, as alterações a nível de mucosa, ocorrendo muitas vezes infecções que, podem propiciar a contaminação pelo HIV, quando da presença de líquido seminal infectado.

O uso da "pílula" contribue para a disseminação do HIV e de outras DSTs, pois dispensa a negociação sexual; é um recurso puramente feminino chamando à mulher a responsabilidade do controle de seu uso e, ainda, atenua o uso do preservativo.

Do conjunto de 40 mulheres entrevistadas, foi observado que 12 (30,0%) usaram anticoncepcional oral e eram soropositivas do HIV e 09 (22,5%) eram soronegativas e não usavam anticoncepcional oral, levando a questionar-se se o uso do anticoncepcional, por liberar a negociação sexual entre parceiros, principalmente os fixos, não se constitui em uma oportunidade aberta para a instalação do HIV (Gráfico 33).

Dessas nove mulheres, uma relatou que após o coito, preocupada em prevenir a gravidez, utilizava a ducha com a mangueira do chuveiro pequeno, na vagina, tentando retirar o líquido seminal ali depositado.

Esses resultados confirmam os dados obtidos em estudos feitos com prostitutas, em Nairóbi (Plumer, 1991; O'Leary e Cheney, 1993; Libman e Witzburg, 1995; Barbosa, 1995) que mostram a predisposição em adquirir o HIV, quando do uso de estrógenos em pílulas anticoncepcionais.

CAPÍTULO V

8 - SOROPOSITIVAS E SORONEGATIVAS: FORMAS DE ENFRENTAMENTOS

"O primeiro passo no processo de conscientização da população parece ser fazer com que as mulheres acreditem que a AIDS pertence também a elas".

(Goldstein, 1996, p. 139)

Passada a fase silenciosa da infecção, sem sinais e sintomas à fase da doença diagnosticada como AIDS, citada por Fernandes (1990), quando descreve a AIDS como Epidemia Tríplice, as formas de enfrentamento das mulheres dos parceiros infectados pelo HIV é concernente a terceira fase, qual seja, a fase da reação social, cultural, econômica e política. Como todas essas fases estão interligadas, e todas têm a mesma importância, busquei alguns registros feitos sobre os enfrentamentos expressados pelas mulheres entrevistadas, com relação a sexualidade e o HIV/AIDS.

Convém destacar que essa epidemia assume características históricas diferenciadas, haja vista a cadeia epidemiológica inicialmente justificada e sua evolução. Três componentes tinham relevância na transmissão do vírus: o sangue, a secreção vaginal e o líquido seminal, sendo definidas as formas claras de contaminação, denominadas de risco, quais sejam: relação sexual homo, bi e heterossexual; transfusão sanguínea ou de hemoderivados; uso comum de seringa e agulha (muito comum entre usuários de droga injetável) e

transmissão de mãe para filho antes, durante e após o parto. Mais tarde, foram acrescentados co-fatores de transmissão sexual como as DSTs, a circuncisão e o uso de contraceptivos orais.

Portanto, estudos que demonstrem as "formas de enfrentamento" de modo individual e coletivo podem se constituir em subsídios para esclarecer a cadeia epidemiológica e formas de intervenção para modificá-la.

Para Seffner (1995, p. 391) "a AIDS está colocada, nesse final de século, como o grande enfrentamento da humanidade em termos de doença".

Antes, porém, é necessário que se entenda o que é enfrentamento em termos de HIV/AIDS.

Martins (1995, p. 41) citando Hynovich e Hagopian (1992), escreve que "enfrentar, implica em reagir frente às situações de estresse, que podem variar de acordo com o significado ou interpretação atribuída pelos indivíduos aos seus estressores, ou seja, ele avalia a situação com que se depara num determinado momento de sua vida. Para enfrentar um determinado estressor a pessoa seleciona estratégias de enfrentamento".

Porém, o enfrentamento¹⁶ não se limita somente ao fato do estar ou não com o vírus, do ficar ou não doente mas, também, no que o vírus pode ocasionar às situações de vida experimentadas pelos (con) vivos do HIV/AIDS, relacionadas às condições que afetam os aspectos no que diz respeito à vida conjugal, à vida profissional e à vida familiar, constituindo-se em estressores que precisam ser enfrentados.

Existem formas comuns de enfrentamento entre as mulheres, independente do tipo de resultado do exame apresentado, foi o que pude

¹⁶Lima et al (1994, p. 17) assim reescreveram a definição de enfrentamento baseando-se em definição feita por Lazarus e citada por Trentini e Silva (1992) "processo dinâmico através do qual um indivíduo maneja as demandas do seu relacionamento com o meio ambiente e que são avaliados em função do estresse que causam e emoção que geram".

observar através das respostas dadas, quando lhes foi perguntado por que permaneciam ou não com o parceiro depois de saberem que ele era portador do HIV.

"Sim. Eu gostava dele; foi um homem que me deu um lar, me deu uma casa, me deu um filho, ele era um excelente marido".

(Rosa, soropositiva)

"Sim. Para mim não mudou nada, continua a mesma coisa".

(Canário da telha, soropositiva)

"Sim. Eu continuo porque, uma que eu gosto dele e não adiantava eu deixar dele, agora um tem que dar apoio pro outro, já tá lá dentro o vírus mesmo".

(Cravo, soropositiva)

"Sim. é uma pessoa muito legal. Eu preciso dele, ele precisa de mim. Acho que ele precisa mais de mim do que eu dele. Quando eu tive internada ele cuidou muito de mim".

(Beija-Flor, soropositiva)

"Sim. Ainda amo ele da mesma maneira".

(Íris, soronegativa)

"Sim. Eu gosto dele e eu não tenho coragem de deixar, mesmo não gostando".

(Liliun, soronegativa)

"Sim. Porque eu gosto dele. Porque a gente se ama, isto aí não é problema".

(Alamanda, soronegativa)

"Sim. Me acostumei com ele. Eu gosto dele".

(Bromélia, soronegativa)

"Sim. Porque ele era meu marido e eu sempre gostei muito dele. Nós dois se gostava muito ...".

(Ciclame, soronegativa)

A decisão de permanecer com o parceiro tem como sustentáculo a "solidariedade afetiva", isto é, a mulher continua com o parceiro por compaixão e gratidão.

Mesmo correndo o risco de uma possível contaminação, deixam de lado a razão e procuram justificar a permanência ao seu lado, projetando seus sentimentos. Aflora, sobretudo, seu instinto maternal, bem como seu comportamento submisso, permanecendo junto ao companheiro, até que a morte os separe.

O forte sentimento de fidelidade que norteia estas mulheres, no que diz respeito, inclusive, ao valor dado ao casamento, foi uma forma de enfrentar a situação gerada pela soropositividade do parceiro.

"Sim. Eu casei com ele por amor. Ele teve uma vida sofrida. Eu tinha que ter ficado com ele. Mesmo porquê eu fiz um juramento quando casei: na saúde, na doença ...".

(Mimosa, soronegativa)

A fidelidade referida é bem diferente daquela que a sociedade costumeiramente apregoa. Ela menciona a fidelidade ao juramento feito no momento da benção matrimonial, em que ambos os cônjuges prometem estar juntos na situação de saúde e de doença.

A busca de algo para se apegar ou justificar seu comportamento nas situações dolorosas é uma forma de enfrentamento.

Apesar do impacto que a AIDS provoca, percebe-se o que tradicionalmente ou culturalmente é próprio das mulheres, ou seja, um reforço à dedicação aos outros esquecendo-se de si mesmas.

"Sim, por amor, por medo. Acho que eu não ia ter tranqüilidade se deixasse ele. Eu me senti onipotente como se eu pudesse salvá-lo".

(Hortênsia, soronegativa)

"Sim. Se eu tô e ele tá então vamos correr o risco nós dois, pra que vamos correr?"

(Flor de Liz, soropositiva)

O enfrentamento, nos dizeres dessas mulheres, está diretamente ligado à consciência moral. Esse sentimento é muito forte no gênero feminino fazendo com que muitas vezes as mulheres optem por uma situação que nem sempre é a melhor para a sua felicidade.

Ainda que não queira ficar com seu parceiro, ela se submete a tal situação, usando de alguns subterfúgios para enfrentar o problema.

"Sim. No início eu me isolei bastante. Eu só trabalhei bastante, cuidei das minhas filhas e eu cuidei dele ... Mas eu tinha tanta raiva dele. Eu não suportava que ele tomasse café comigo. Não gostava que ele falasse comigo. Eu não sei porquê razão eu cuidei dele ...".

(Garça, soropositiva)

"Sim. Agora eu vou viver onde? Vou viver na rua? Ele gosta muito de mim. Eu que cuido dele. Eu sou muito revoltada com ele. Eu tinha saúde boa, ainda bem que a minha família não me abandonou. Mas eu sou forte, graças a Deus eu faço meus trabalhos em casa. Eu queria ficar era viúva. Não ter marido para me incomodar ...".

(Borboleta, soropositiva)

Somente duas mulheres justificaram a decisão de deixar o parceiro após saberem que eles eram portadores do HIV.

"Não. Insegurança minha, eu já me destruí ... então eu já preferi ficar na minha".

(Suinã, soropositiva)

"Não. Porque ele não quis ter cuidados. Não queria usar camisinha, queria usar a mesma escova de dentes ...".

(Palma de Santa Rita, soronegativa)

Percebe-se, assim, que algumas mulheres ao saberem da soropositividade de seus parceiros, mesmo correndo o risco de uma possível contaminação, deixam de lado a razão e procuram justificar a permanência ao seu lado projetando seus sentimentos. Aflora, sobretudo, seu instinto maternal, bem como seu comportamento culturalmente submisso, permanecendo junto aos seus companheiros até que a morte os separe.

CAPÍTULO VI

9 - A ENFERMAGEM E OS (CON) VIVENTES COM O HIV

"Muita importância tem o fato de uma enfermeira proceder a um estudo sobre a sexualidade humana. É ela que mantém maior contato com os pacientes e tem de responder às angústias daqueles pacientes".

(Rodrigues Jr., 1994)

As razões que levam os profissionais da área da saúde e especificamente os Enfermeiros e sua equipe a enfrentarem as pessoas (con) viventes com HIV/AIDS, de forma preconceituosa, tem sua história ampla e irrestrita, baseada na sexualidade humana e na morte.

Souza, citado por Nichiata et al (1995, p. 153), "alerta para a maneira direta como a doença se encontra relacionada à questão do sexo e da morte. Explica que ao relacionar a doença à questão da sexualidade, indubitavelmente leva à repressão sexual por um lado e, por outro, a questão da moral, que por sua vez resulta em dois subprodutos extremamente danosos a qualquer sociedade: a criminalização de um fenômeno de saúde e a marginalização de pessoas afetadas por uma doença. Acrescenta que, além disso, a vinculação da doença com a morte é um complicador importante na abordagem da AIDS, porque provoca de imediato o pânico entre as pessoas".

Lidar com pessoas (con) viventes com HIV/AIDS é uma tarefa que exige um grande desprendimento, capaz de superar os estigmas morais que

fazem parte de seu dia-a-dia, além de ser capaz de suportar as frustrações advindas da impossibilidade de oferecer a essas pessoas uma assistência que minimize seu sofrimento físico, psíquico e moral, diante do diagnóstico, diante da internação e diante da possibilidade eminente da morte, até porque, a maioria das instituições assistenciais não disponibilizaram condições de trabalho que propiciem respeito e dignidade ao ser humano que recebe assistência, à família e ao trabalhador de Enfermagem.

A atenção necessária às pessoas (con) viventes com o HIV/AIDS requer dos profissionais de saúde, principalmente do Enfermeiro e da Equipe de Enfermagem, uma avaliação de seus comportamentos, precisando estar preparados para desenvolverem seus trabalhos com competência técnica, não esquecendo, porém, do lado humano.

A assistência aos portadores de HIV/AIDS não se restringe, somente, a quando os mesmos estão doentes, sendo necessário, concomitantemente a isso, um trabalho educativo no que diz respeito à prevenção e ao controle da AIDS.

Falar de prevenção e controle de DSTs e de HIV/AIDS é falar, também, de sexualidade.

Como o Enfermeiro ou outro profissional vai ouvir ou falar sobre sexualidade com pessoas (con) viventes com HIV/AIDS, ou com outra patologia, se não vive em um meio propício ao diálogo e a vivência sobre o exercício libertário da sexualidade?

As dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde, escrevem Lopes et al (1992, p. 23), "relativas à educação em sexualidade de seus clientes são óbvias e partem do fato de que durante a sua graduação e pós-graduação pouca ou nenhuma formação foi oferecida a ele".

Além do estigma criado ao redor da AIDS, no que se refere aos valores morais, é preciso ressaltar que a situação de desconhecimento leva ao medo e à inquietude, interferindo substancialmente na atenção aos portadores do HIV e

seus familiares. No entanto, é preciso lembrar que Enfermeiros, componentes da equipe de enfermagem e demais profissionais de saúde, não podem recusar assistência às pessoas (con) viventes com o HIV/AIDS.

A Lei do Exercício Profissional de cada categoria, define a responsabilidade no atendimento às pessoas de modo geral, descrevendo claramente seus direitos e deveres (Westrupp e Souza, 1994).

Para lidar com a sua sexualidade e a das pessoas a quem presta assistência, ou ainda, para orientar sobre assuntos relacionados à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis é preciso que os profissionais de saúde tenham:

- educação continuada ou acesso a cursos;
- recursos técnicos para a prestação da assistência;
- tempo disponível para atualização de conhecimentos.

Isso ajudará o profissional de saúde a compreender o processo de educação sexual para si e para àqueles que procuram os serviços de saúde. Com essas possibilidades "a evolução do saber" propicia uma reflexão sobre sua prática.

Pinto et al (199-)* escrevem que "ao questionar sobre o que é, o que representa, qual a situação e o que representa no social, a compreensão da Enfermagem se amplia". Tendo a percepção ampliada, prosseguem os autores, "a importância do conhecimento, o valor do ampliar e da extensão, as concepções das enfermeiras também se tornam diferenciadas, tornando-se mais evidentes as categorizações e a diversificação de camadas em seu mundo ou Universo próprio".

Dessa feita, Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem devem procurar, cada vez mais, atualizar-se com relação à AIDS, de forma a assistir as pessoas (con) viventes com HIV/AIDS como cidadãos, com direito a viver a sua vida em todos os aspectos sociais.

* O documento citado não tinha data.

Sendo a Equipe de Enfermagem composta na sua maioria por pessoas do gênero feminino, e, sendo cada vez maior o número de mulheres contaminadas pelo HIV, é necessário que as mulheres Enfermeiras, Técnicas de Enfermagem e Auxiliares de Enfermagem preparem-se para orientar e assistir às pacientes do mesmo gênero num exercício de libertação da moralidade que cerceia e não permite o desenvolvimento ao qual todo ser humano tem direito.

Nessa relação de cuidado o “cuidador deve também cuidar-se”.

Para Radünz (1994) o cuidar e o cuidar-se "precisa ser como uma via de mão dupla".

Por isso, qualquer doença ou em qualquer situação de assistência dos (con) viventes com alguma enfermidade, principalmente nos casos de infecção pelo HIV, a Enfermeira precisa antes de tudo cuidar de si mesma.

CAPÍTULO VII

10 - CONSIDERAÇÕES FINAIS: DOS ACHADOS SOBRE A CADEIA EPIDEMIOLÓGICA DA TRANSMISSÃO DO HIV

A pesquisa ora em reflexão, contribui para uma possível revisão acerca do modo de contaminação pelo HIV, por transmissão sexual. Isto porque, as respostas das mulheres entrevistadas revelaram que as práticas sexuais com parceiros soropositivos, antes e depois do resultados dos exames de laboratório diferiam.

Santos e Munhoz (1996), p. 115) escrevem que “A infecção pelo HIV leva as mulheres a grandes mudanças no modo de pensar, sentir e agir.”

Sobre esse assunto Gir et al (1994, p. 141) também lembram os escritos de Pompidou a respeito, “A mudança de atitudes, sobretudo, é gerada a partir da introjeção do senso de responsabilidade despertado e assumido pelo indivíduo e não por imposição ou obrigação.”

Os achados da pesquisa realizada, relacionados as práticas sexuais oral, vaginal e anal, demonstram uma realidade diversa ao conceito de sexo seguro, preconizado pelo Ministério da Saúde, mas, no entanto, diante do resultado positivo do exame de laboratório as reações aparecem relatadas de modo diferente.

Os argumentos apreendidos foram que ao deixarem de se relacionar sexualmente com o seu parceiro o fazem não pelo o que ditam as orientações oficiais, mas em decorrência, sobretudo, da manifestação da doença, da morte, da separação ou perda do interesse pelo parceiro.

Apesar das campanhas divulgadas pelos órgãos oficiais do governo darem ênfase à prevenção da transmissão do HIV, através do uso do condom, foi relatado pela maioria das mulheres, 82,5%, que, antes do exame de laboratório, os parceiros não usavam preservativo na relação vaginal. Após saberem do resultado dos exames, 19 (47,5%) não tiveram mais relação vaginal, por motivo de separação, doença, morte ou falta de interesse; 11 (27,5%) disseram que o parceiro usava preservativo sempre; 01 (2,5%) disse que o parceiro usava preservativo quase sempre; 03 (7,5%) disseram que o parceiro usava o preservativo às vezes e 06 (15,0%) informaram que o parceiro nunca usava o preservativo.

Entre as mulheres entrevistadas, foi possível contar, ainda, com a informação de que os parceiros das 12 (30,0%) mulheres que tinham relação anal, antes de saberem o resultado do exame laboratorial, delas e/ou de seus parceiros, nunca usavam o preservativo. Porém, ao saberem do resultados do exame, somente 03 (7,5%) tinham relação anal, sendo que 01 (33,3%) disse que seu parceiro usava preservativo sempre e 02 (66,7%) relataram que seus parceiros nunca usavam preservativo.

Emerge aqui a questão cultural em nossa sociedade, uma vez que o uso do preservativo é entendido como uma barreira para a concepção e, de um modo geral, ter relação sexual utilizando o condom é visto por homens e mulheres como se fosse algo tal qual “chupar bala com papel”, ou ainda, levantar a suspeita de traição, principalmente quando a iniciativa do uso parte da mulher.

De modo empírico, existem relatos verbais de que no início de “namoros” ou “romances” há uma aceitação relativa do uso de preservativo. Mas, a medida que o relacionamento se torna “estável” ou de “confiança” o preservativo deixa de ser usado. Isto requer uma reflexão, porque o tempo de

relacionamento não exclui as possibilidades de risco para contaminar-se com o HIV, até porque há uma história de vida e exposições diferenciadas.

Mesmo não sendo levado em consideração pela maioria dos profissionais de saúde, é importante lembrar que, apesar da contaminação, as mulheres não perdem a sua sexualidade desejante e, por isso mesmo, elas apresentam comportamentos teoricamente inesperados. De um lado a negação total à atividade sexual e de outro a intemperança “esquecendo-se” de si própria, colocando-se em risco de contaminar-se ou de recontaminar-se, em nome do prazer, ou ainda, de um amor ou paixão que à luz da razão não tem explicações.

Isso foi evidenciado através da manifestação das mulheres entrevistadas ao se declararem “onipotentes” para ajudar o parceiro; pela falta de coragem de abandoná-lo “mesmo tendo deixado de gostar dele”; pela “gratidão”; por “ele ter-lhe dado filhos”, por achar que “já estava com o vírus”, não adiantando afastar-se, ou ainda, por já “estar estigmatizada socialmente”.

Apesar de não ter sido explorada na pesquisa a causa da contaminação dos parceiros sexuais das mulheres entrevistadas, no Brasil, o aumento do número de casos de AIDS em mulheres heterossexuais têm uma expressiva parcela de contribuição em decorrência do uso disseminado de drogas injetáveis. Isso é mostrado por Santos (1996, p. 35) em pesquisa feita nos registros sobre AIDS, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, quando verificou e escreveu que “a parceira sexual com UDEV, representou, em 1988, 6,2% dos casos, passando em 1992, a representar 20,9% do total de casos”.

Segundo Mann et al (1993, p. 49), “[...] no Brasil, foram relatados índices de 40% de infecção pelo HIV entre usuários de drogas injetáveis no Rio de Janeiro, junto com 54% em São Paulo e 57% em Santos.” Em sendo Itajaí, Balneário Camboriú e Florianópolis, três municípios de Santa Catarina que ocupam lugar entre as dez primeiras cidades em incidência de casos de

AIDS no Brasil (Ministério da Saúde, 1996), há que se concluir a vulnerabilidade das mulheres com relação a contaminação por via sexual.

O consumo de drogas vem se universalizando, sendo difícil redefinir o perfil exato de populações com este tipo de componente de risco e essa infecção que ocorre de forma inaparente é fundamental para o estudo em Epidemiologia, uma vez que as pessoas podem transmitir o vírus com similar intensidade, porém, sutilmente.

Outro aspecto a ser levado em consideração na disseminação do HIV em mulheres é a bissexualidade de seus parceiros, embora esses homens possam esconder ou realmente negar essa situação.

Portanto, é preciso que se busque estudar mais exaustivamente o comportamento sexual de homens e mulheres, não só nas peculiaridades que representam esses dois gêneros, mas também, levando em conta a questão da transexualidade, questão essa que por certo será bem mais discutida no terceiro milênio, haja vista a mudança do perfil dos comportamentos femininos e masculinos que já se fazem presentes, de modo mais transparente, neste final de século.

O perfil que requer maior detalhamento não está afeto aos tradicionais caracteres epidemiológicos, até porque, o que se modifica na cadeia epidemiológica é o modo de transmissão e os suscetíveis ao vírus.

Com a transexualidade, os indivíduos vão exercitar o seu lado feminino ou masculino, sem deixar de estar latente o seu lado masculino ou feminino, e com isto a possibilidade de risco é provavelmente maior.

A transexualidade, já presente em muitos indivíduos mas escamoteada, na maioria dos casos, faz com que homens e mulheres relacionem-se de modo diferente. E, é nesta diferença que o vírus encontra a oportunidade para entrar no organismo humano, criando uma nova configuração nos elementos que compõem a cadeia epidemiológica de sua transmissão. Isso faz-me questionar

não só sobre que outros fatores poderão estar contribuindo, juntamente com a diversidade das práticas sexuais adotadas, para a infecção do HIV, mas também, sobre as limitações do conceito de “sexo seguro” adotado pelo Ministério da Saúde. Embora possa ser a utopia desejável, a prática desvelada, ainda que em um conjunto numericamente pequeno, quarenta mulheres, é bastante distinta.

A compreensão do significado das categorias sexuais, principalmente a bissexualidade e a transexualidade, poderá servir como contribuição para o entendimento da cadeia de transmissão do HIV e da AIDS e, por conseguinte, como subsídio na formação de novas e diferentes diretrizes para a prevenção da contaminação pelo vírus e para a promoção da saúde.

A percepção do risco à infecção de modo genérico a que os indivíduos estão sujeitos é fundamental para, a partir dessa compreensão, adotar medidas de prevenção.

Assim, entendo da necessidade do clareamento da cadeia epidemiológica da transmissão do HIV, à luz dos fatos históricos registrados, desde o início da epidemia, para o esclarecimento dos indicativos de risco encontrados na pesquisa ora realizada.

O aparecimento de casos de Sarcoma de Kaposi e infecções raras, encontradas em homossexuais nos Estados Unidos, fez suscitar hipóteses relacionadas às pessoas afetadas com a transmissão de um microorganismo, sobretudo por via sexual.

Estudos foram realizados sendo definido, em meados da década de 80, que a cadeia epidemiológica da transmissão do vírus, causador da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS), ocorria pela presença de um agente causador denominado então, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), de HIV (Human Immunodeficiency Vírus), por causar a imunodeficiência das células do sistema imunológico humano.

A descoberta do agente infeccioso possibilitou a identificação do seu reservatório, uma vez que a transmissão do mesmo ocorria de pessoa para pessoa.

A transmissão foi, então, basicamente reconhecida sob três formas: o contato sexual com pessoa infectada; exposição ao sangue e/ou seus derivados contaminados e transmissão de mãe para filho antes, durante e após o parto (transmissão vertical).

Com o reconhecimento das formas de transmissão, a porta de entrada e de saída do vírus no organismo humano também definiram-se, sendo que isso dava-se, principalmente, através dos materiais e equipamento contaminados; pela via sexual, vaginal, anal, oral e ainda pela gestação.

A definição destes elementos teve como base a história registrada, sobretudo nos casos dos homossexuais contaminados, dos usuários de drogas injetáveis e das pessoas que se submetiam à hemoterapia.

As formas de contaminação e a definição da porta de entrada e de saída do vírus no organismo levaram os pesquisadores, num primeiro momento, a restringir a suscetibilidade ao vírus para alguns segmentos da sociedade levantando, com isso, hipóteses de que era uma doença própria de “gay”, “drogadicto”, “hemofilico” e “prostituta” ou “profissional do sexo”.

Todavia, com o passar dos anos, tendo como base as notificações compulsórias dos casos de AIDS e das causas que levam à contaminação pelo HIV, adotadas pela maioria dos países, o “perfil” do registro dos doentes começou a mudar, havendo, com isso, a modificação do “pensamento epidemiológico”.

Libman e Witzburg (1995, p. 5) escreveram que “ocorreram muitas mudanças importantes nos últimos cinco anos. Embora os homens homossexuais e bissexuais ainda contribuam para a maioria dos casos de AIDS reportados nos EUA, os casos atribuíveis ao uso de drogas injetáveis,

tanto diretamente quanto através da exposição heterossexual, aumentaram muito”.

Através dos dados epidemiológicos divulgados pelo Ministério da Saúde, desde os primeiros registros, é possível identificar as mudanças havidas em nosso país no que se refere às características das pessoas atingidas pelo HIV.

A reflexão sobre a cadeia epidemiológica da transmissão do HIV, em relação ao estudo e pesquisas publicadas, à luz dos dados registrados e divulgados pelos órgãos oficiais de saúde, possibilita apreender nuances de mudanças em alguns elementos desta cadeia. O vírus como agente específico permanece vigente - HIV, já tendo sido, no entanto, reconhecida a existência do HIV-2, parecendo ter os mesmos “fatores de risco para o HIV, podendo resultar na síndrome clínica da AIDS” (Libmann e Witzburg, 1995, p. 7).

Entretanto, o reservatório, até o presente, continua a ser o mesmo. Uma mudança clara desde os primeiros casos à atualidade é de que pessoas, independente do sexo, raça, idade ou nacionalidade, passaram a pertencer ao elo que caracteriza a suscetibilidade, na cadeia de transmissão, com destaque para o aumento de suscetíveis heterossexuais e mulheres. Com isso, novos elementos, tais como a mucosa, as secreções vaginais, a via placentária, o trans-parto e o leite materno (Libman e Witzburg, 1995; Mann et al, 1993), passaram a fazer parte integrante dos componentes da cadeia epidemiológica, no que diz respeito a entrada e saída do vírus. Até porque, a questão da sexualidade humana e as práticas sexuais ainda não tem merecido a devida atenção, dos programas oficiais de saúde, na perspectiva de viver o prazer com menor risco possível, independente da opção de cada cidadão.

Este processo de reflexão me permite enfatizar que há na sociedade, particularmente na estudada, uma performance sexual distinta do que é preconizado como sexo seguro pelo Ministério da Saúde.

Os registros estatísticos do Ministério da Saúde, demonstram que os casos de HIV/AIDS têm aumentado consideravelmente em todas as regiões do Brasil, através da contaminação sexual, entre os heterossexuais sem outra causa associada, mas, até o presente, ainda não há indicativos para mudança do conceito oficial preconizado.

Portanto, a epidemia da AIDS, as campanhas de prevenção até agora propagadas e o conceito de sexo seguro, não foram assimilados o suficiente pelas pessoas de modo geral e pelas mulheres em particular a ponto de modificarem as suas práticas sexuais.

Isso porque a perspectiva da vida sexual revelada pelas mulheres, componentes do estudo, é distinta da que a tradicionalmente se espera após a aplicação de campanhas de prevenção à doenças, particularmente, as de alta letalidade.

Para Gir et al (1994, p. 141) “embora o conhecimento seja um dos aspectos fundamentais para provocar mudanças de atitudes ou comportamentos, por outro lado sabe-se que muitas pessoas resistem ou ignoram o aprendizado ou o conhecimento por ocasião da relação sexual, subestimando a “SUA” probabilidade de infectar-se e acreditando que a AIDS está distante dele e que não vai acontecer com ele.”

Considero, ainda, necessário ressaltar o componente cultural, haja vista que a submissão da mulher aos desejos sexuais de seus parceiros é fator determinante para a contaminação, pois, a ela não lhe é dado o direito de dizer “não”, uma vez que na maioria das sociedades a mulher é colocada, tanto social quanto economicamente em situação desfavorável ao do sexo oposto. Além disso os fatores emocionais regem seu pensar e agir, sobrepondo a razão do amor e da fidelidade.

Se estes componentes influenciam no exercício da sexualidade como poderão as mulheres compreender e aplicar em suas vidas a definição de sexo

seguro adotada pelo Ministério da Saúde? Além disso, tem sido, de modo empírico, explicitado que o sexo é emoção que foge ao controle da razão pura.

Desta feita, a via sexual no contexto da cadeia epidemiológica do HIV, torna-se um importante componente do elo de transmissão do vírus, devendo ser estudada com o rigor que a problemática requer, enfatizada com veemência e de forma a oferecer às pessoas informações sobre sua importância como contribuidor para a expansão da epidemia.

Concordamos com Gir et al (1994, p. 144) quando escrevem que é preciso estar atentos para que:

- seja feito controle das DST;
- os programas de AIDS e DST sejam integrados;
- os efeitos do condom sejam desmistificados;
- haja incentivo e esclarecimentos sobre a necessidade do uso sistemático e correto do condom, em todos os tipos de contatos sexuais;
- haja esclarecimentos sobre a influência do álcool e das drogas no tipo de prática sexual;
- o significado de sexo seguro seja esclarecido;
- haja conscientização sobre os graus de riscos conferidos pelas práticas sexuais, no que diz respeito à infecção pelo HIV;
- haja esclarecimentos sobre a sexualidade humana.

Portanto, necessário se faz uma reflexão por parte dos órgãos governamentais e não governamentais, que trabalham com questões preventivas, para que seja facilitado o acesso as informações, principalmente pelas mulheres, nos aspectos referentes a prevenção da contaminação. Essa oportunidade deve ser oferecida, já nas escolas, de forma clara, de maneiras que todos os aspectos relacionados a contaminação sejam abordados sem (pré) conceito, respeitando as características culturais da população e de forma sistemática e obrigatória como um dos direitos de cidadania. Afinal, há a

probabilidade muito alta de morrer, além de que a população seja infectada maciçamente.

Paralelamente, é importante que campanhas de utilidade pública sejam delineadas, com alcance por todos os segmentos da sociedade, para que a prevenção seja enfocada em todos os dias do ano, e não somente em datas especiais.

Assim, aos profissionais da área da saúde cabe expandir a reflexão sobre o que tem sido feito, teorizado e proposto para intervir sobre a epidemia tríplice; aos órgãos governamentais, de poder decisório, cabe buscar a realidade dos fatos, procurando redefinir as diretrizes das ações preventiva e curativa, de forma integralizada com os programas de assistência à mulher e, a sociedade como um todo, as mulheres em particular, deve colocar-se atentas para a valorização de práticas sexuais que as protejam do risco de contaminar-se e morrer.

Fundamental, portanto, como um compromisso com a cidadania é encontrar formas de intervir no processo de contaminação pelo HIV, interrompendo a cadeia epidemiológica, sem retirar da população, independente da opção sexual, o direito ao prazer sexual como um dos componentes básicos da saúde integral.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de filosofia**. Tradução coordenada e revisada por Alfredo Bosi. 2. ed. São Paulo : Mestre Jou, 1982. 981 p. Tradução de: Dizionario de Filosofia.
- ABIA/UERJ/IMS. **Práticas sexuais e conscientização sobre a AIDS: uma pesquisa sobre comportamento homossexual e bissexual**. Rio de Janeiro : Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA); Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); Instituto de Medicina Social (IMS). [19--]. 34 p.
- ALDANA, Alma. Mulher - sexualidade e sexo seguro. In: PAIVA, Vera (Org.). **Em tempos de AIDS - viva a vida: sexo seguro, prevenção, drogas, adolescentes, mulheres, apoio psicológico aos portadores**. São Paulo : Summus, 1992. 242 p. p. 158-165.
- ALMEIDA, Ana Beatriz D. de, FERNANDES, Ana Fátima C. O significado da sexualidade para um grupo de estudantes de enfermagem. In: 47º CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 1995, Goiânia. **Anais ...** Goiânia : ABen-GO, 1995. 1076 p. p. 528-529.
- ALMEIDA FILHO, Naomar de, ROUQUAYROL, Maria Zélia. **Introdução à epidemiologia moderna**. 2. ed. Belo Horizonte : ABRASCO, 1992. 183 p.
- BARBOSA, Regina Helena Simões. As mulheres, a AIDS e a questão metodológica: desafios. In: CZERESNIA, Dina et al (Org.). **AIDS: pesquisa social e educação**. São Paulo : HUCITEC, 1995a. 206 p. p. 65-83.
- BARBOSA, Regina Maria. **AIDS e saúde reprodutiva: velhas e novas questões**. São Paulo : Universidade Estadual de Campinas, 1995. Trabalho apresentado no 4º Programa de Estudos em Saúde Reprodutiva e Sexualidade - UNICAMP - São Paulo, 8 a 26 de maio de 1995 - Módulo V.

- BARBOSA, Regina Maria, VILLELA, Wilsa Vieira. A Trajetória feminina da AIDS. In: PARKER; Richard, GALVÃO, Jane (Org.). **Quebrando o silêncio: mulheres & AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro : Relume-Dumará, 1996. (História Social da AIDS, n. 7) 206 p. p. 17-32.
- BARBOSA, Regina Maria. Feminismo e AIDS. In: PARKER; Richard, GALVÃO, Jane (Org.). **Quebrando o silêncio: mulheres & AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro : Relume-Dumará, 1996a. 206 p. (História Social da AIDS, n. 7) p. 153-168.
- BARROSO, Maria Grasiela Teixeira, COSTA, Antônio Wellington Vidal, COLARES, Marcia Regina Rocha. Educação e prevenção de risco ocupacional - estudo com discentes do curso de enfermagem. In: 47º CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 1995, Goiânia. **Anais ... Goiânia : ABen-GO, 1995. 1076 p. p. 280-281.**
- BASSETT, Mary T., MHLOYI, Marvellous. SIDA et maladies sexuellement transmissibles: une relation importante. In: BERER, Marge, RAY, Sunanda. **Les femmes et le VIH/SIDA**. Tradução para o francês por Dominique Courtin e Michelle Lorion. Londres : Book Project, 1994. 372 p. Tradução de: Women and HIV/AIDS.
- BASTOS, Francisco Inácio. A epidemia de AIDS no Brasil. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Os muitos brasis: saúde de população na década de 80**. São Paulo : HUCITEC, 1995. 350 p. p. 245-268.
- BERER, Marge; RAY, Sunanda. **Les Femmes et le VIH/SIDA**. Tradução por Dominique Courtin e Michelle Lorion. Londres : Book Project, 1994. 372 p. Tradução de: Women and HIV/AIDS.
- BERQUÓ, Elza, SOUZA, Marta Roverly. Homens adultos: conhecimento e uso do condom. In: LOYOLA, Maria Andréa, GIAMI, Alair et al (Orgs.). **AIDS e sexualidade: o ponto de vista das ciências humanas**. Rio de Janeiro : Relume-Dumará, 1994. 246 p. p. 161-182.
- BÍBLIA. Eclesiástico. Português. **Bíblia Sagrada**. Tradução por Padre Antonio Pereira. Rio de Janeiro : Imprimatur, 1967. A.T. p. 536-575.
- BIRMAN, Joel. A sexualidade entre o mal e as malediciências. In: LOYOLA, Maria Andréa, GIAMI, Alair et al (Orgs.). **AIDS e sexualidade: o ponto de vista das ciências humanas**. Rio de Janeiro : Relume-Dumará, 1994. 246 p. p. 109-115.

BONTEMPO, Márcio. Uma Visão Holística da AIDS. In: **MANUAL DA MEDICINA HOLÍSTICA**. São Paulo : Editora Best Seller, [199-]. 450 p.

BRASIL, Vera Vital. Grupos de mulheres e história de vida: por um processo de desnaturalização na prevenção do HIV. In: CZERESNIA, Dina (Org.). **AIDS: pesquisa social e educação**. São Paulo : HUCITEC, 1995. 206 p. p.106-121.

BRUNET, Jean-Baptiste. L'épidémie dans le monde et la transmission u HIV. **Science & Vie. Dossier SIDA**, n. 179, p. 122-129, Juin. 1992.

CAMERON, Charles, SHEPARD, Julia. Assistência. In: MANN, Jonathan, TARANTOLA, Daniel J. M., NETTER, Thomas W. (Orgs.). **A AIDS no mundo**. Tradução organizada por Richard Parker, Jane Galvão e José Sstalin Pedroso. Rio de Janeiro : Relume Dumará, 1993. 321 p. p. 177-197. Tradução de: AIDS in the world. "The global AIDS policy".

CENTER INSTITUTE OF TROPICAL MEDICINE. **A sociological and epidemiological study of female sex workers**. Antwerp-Belgium : EC Concerted Action. 1991. (Questionnaire) . 30 p.

CDC. Pneumocystis pneumonia. **MMWR**, Los Angeles, v. 30, n. 21, p. 250-252, 1981.

_____. Update on Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) among patients with hemophilia. **MMWR**, Los Angeles, v.31, n. 48, p. 644-652, 1982a.

_____. Opportunistic infeccions and Kaposi's sarcoma among haitians in the United States. **MMWR**, Los Angeles, v.31, n. 26, p. 353-361, 1982b.

_____. Update on Kaposi's Sarcoma and opportunistic infeccions in previously healthy persons. **MMWR**, Los Angeles, v.31, n. 22, p. 294-301, 1982c.

_____. Possible Transfusion-associated acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS). **MMWR**, Los Angeles, v.31, n. 48, p. 652-654, 1982d.

_____. Unexplained immunodeficiency and opportunistic infections in infants - New York, New Jersey, California. **MMWR**, Los Angeles, v.31, n. 40, p. 665-668, 1982e.

- _____. Immunodeficiency among female sexual partners of males with Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS). **MMWR**, Los Angeles, v.31, n. 52, p. 697-698, 1983.
- _____. Update: Acquired Immunodeficiency Syndrome - United States. **MMWR**, Los Angeles, v.35, n. 49, p.757-766, 1986.
- CIVITA, Victor et al. **Plantas e Flores**. São Paulo : Abril Cultural, 1977
- CIARI, Ciro Jr., SIQUEIRA, A. A. F. Problemas de Saúde Materno Infantil. In: PARETA, J.M.M., MEIRA, A. R., D'ANDRETA, C. Jr. **Saúde e comunidade**. São Paulo : Mc Graw-Hill do Brasil, 1976. 295 p. p. 203-223.
- CORRÊA, Marilena. Medicalização social e a construção da sexualidade. In: LOYOLA, Maria Andréa, GIAMI, Alair et al (Orgs.). **Aids e sexualidade: o ponto de vista das ciências humanas**. Rio de Janeiro : Relume-Dumará, 1994. 246 p. p. 117-140.
- CLUMECK, N., MASCART LEMONE, F., DE MAUBEUGE, J. et al Acquired immune deficiency syndrome in black Africans. **Lancet**, London, v.1, n. 8325, p. 642, 1983.
- DANIEL, Monica Couto, PAZ, Eizabete Pimenta Araújo. Vivência do enfermeiro sob a ótica fenomenológica. In: 47^o CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 1995, Goiânia. **Anais ... Goiânia : ABen-GO, 1995. 1076 p. p. 280-281.**
- DELAPORTE, François. **Les épidémies**. [S.l.] : Pocket, 1995. 128 p.
- DENESVRE, Caroline, NERRIENET, Eric. Les virus de l'immunodéficience: ceux des hommes et ceux des singes. In: **Science & Vie. Dossier SIDA**, n.. 179, p. 38-42, Juin 1992.
- DEVER, G. E. Alan. **A Epidemiologia na administração dos serviços de saúde**. São Paulo : Pioneira, 1988. 394 p.
- FAVERSANI, Maria Cristina S. S., WESTRUPP, Maria Helena B., VERDI, Marta. Transmissão e controle de doenças. In: SOUZA, Maria de Lourdes de (Org.). **O auxiliar de enfermagem no ambiente social: estudos regionais e de saúde pública**. Florianópolis : UFSC, 1997. v.2. 211 p. p. 51-67.

- FERNANDES, Maria Eugência Lemos. A pandemia da AIDS. In: RIBEIRO, Helcion (Coord.). **AIDS: do preconceito à solidariedade: a partir da medicina social e teologia**. São Paulo : Paulinas, 1990. 104 p. p.13-17.
- FERREIRA, Marcia de Assunção, FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida. A sexualidade velada: representações de enfermeiras sobre o corpo sexual do cliente hospitalizado. In: 47º CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 1995, Goiânia. **Anais ... Goiânia : ABen-GO, 1995. 1076 p. p. 682-683.**
- FLETCHER, Robert H., FLETCHER, Suzanne W., WAGNE, Edward H. **Epidemiologia clínica: bases científicas da conduta médica**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1989. 312 p.
- FONSECA, João Pedro da. Resenha: CHAITOW, Leon, MARTIN, Simon. Um mundo sem AIDS: um revolucionário plano holístico de saúde e terapia. **Rev. Bras. Saúde Esc.**, São Paulo, v. 2, n. 3/4, p. 150-151, 1992.
- FORATTINI, Oswaldo P. **Epidemiologia geral**. São Paulo : Artes Médicas, 1980. 259 p.
- FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade 2: o uso dos prazeres**. Tradução por Maria Thereza da Costa Albuquerque. 4. ed. Rio de Janeiro : Graal, 1985a. 232 p. Tradução de: Histoire de la sexualité 2: l'usage de plaisir.
- FOUCAULT, Michel. **O cuidado de si**. Tradução por Maria Thereza da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro : Graal, 1985b. 245 p.
- FOUCAULT, Michel. **Tecnologías del yo y otros textos afines**. Barcelona : Paidós Ibérica, 1990. 149 p.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. AIDS no Brasil: uma epidemia em mutação. A dinâmica da Epidemia de AIDS no Brasil a partir dos casos notificados. **Programa Radis**, Rio de Janeiro, n. 18, p. 12, maio 1996. Dados.
- GAARDER, Jostein. **O Mundo de Sofia: romance da história da filosofia**. Tradução por João Azenha Jr. São Paulo : Editora Companhia das Letras, 1995. 555 p. Tradução de: Sofies Verden.

- GIAMI, Alain. De Kinsey à AIDS: a evolução da construção do comportamento sexual em pesquisas quantitativas. In: LOYOLA, Maria Andréa, GIAMI, Alair et al (Org.). **Aids e Sexualidade: o ponto de vista das ciências humanas**. Rio de Janeiro : Relume-Dumará, 1994. 246 p. p. 209-240.
- GIDDENS, Anthony. **A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas**. São Paulo : Editora da Universidade Estadual Paulista, 1993. 228 p.
- GIR, Elucir; MORIYA, Tokico Murakawa, FIGUEIREDO, Marco Antonio de Castro. **Práticas sexuais e a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana**. Goiânia : AB, 1994. 192 p.
- GLASEL, M. Práticas sexuais de alto risco na transmissão da AIDS/SIDA. In: DE VITA, V.T., HELLMANS, S, ROSENBERG, S.A. **AIDS/SIDA: etiologia, diagnóstico, tratamento e prevenção**. 2 ed. Rio de Janeiro : Revinter, 1991. Cap.21, p. 363 -376.
- GOEDERT, J. J., MENDEZ, H., DRUMOND, J. E. et al. Mother- to - infant transmission of human immunodeficiency virus type 1: association with prematurity ou low anti-gp 120. **Lancet**, London, v. 2, p. 1351-1353, 1989.
- GOLDSTEIN, Donna. O lugar da mulher no discurso sobre a AIDS no Brasil. In: PARKER, Richard, GALVÃO, Jane (Orgs.). **Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro : Relume-Dumará, 1996. 206 p. (História Social da AIDS; n. 7). p. 137-152.
- GOTTLIEB, M.S. et al. Pneumocystis carini pneumonia and mucosal candidiasis in previously health homoessexual men. **N. Engl. J. Med.**, v. 305, n. 24, p.1425-1431, 1981.
- GRECO, Dirceu B., NEVES, Mosar de Castro, TUPINAMBÁS, Unai. O caso da AIDS: epidemia da doença, epidemia do medo e seus subprodutos. In: BUCHINELLI, José Tarcísio P., ROCHA, Lys Esther, RIGOTTO, Raquel Maria. **Isto é trabalho de gente? Vida, doenças e trabalho no Brasil**. São Paulo : Vozes, 1993. p. 636-672.
- GREGERSEN, Edgar. **Práticas sexuais: a história da sexualidade humana**. Tradução por Alberto de Toledo Serra e Edison Ferreira. São Paulo : Roca, 1983. 323 p. Tradução de: Sexual Practices - the story of human sexuality.

- GUIMARÃES, Carmen Dora. **Mulheres, sexualidade e AIDS: um projeto de prevenção.** Rio de Janeiro : Alternativas Escassas, [19--]. p. 251-265.
- GUIMARÃES, Carmen Dora. O comunicante. a comunicada: a transmissão sexual do HIV. In: PAIVA, Vera (Org.). **Em tempos de AIDS - viva a vida: sexo seguro, prevenção, drogas, adolescentes, mulheres, apoio psicológico aos portadores.** São Paulo : Summus, 1992. 214 p. p. 147-157.
- GUIMARÃES, Carmen Dora. "Mas eu conheço êle!": um método de prevenção do HIV/AIDS. In: PARKER, Richard, GALVÃO, Jane (Org.). **Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil.** Rio de Janeiro : Relume-Dumará, 1996. 206 p. p. 169-179.
- HAY, Louise L. **A vida em perigo.** Tradução por Thelma Médice Nobrega. São Paulo : Best Seller, 1988. 264 p. Tradução de: The AIDS Book.
- HEYN, Dalma. **O silêncio erótico das mulheres casadas.** Tradução por Mafalda Menano Seruya. Lisboa : Dom Quixote, 1994. 306 p. Tradução de: The erotic silence of american wife.
- JORNAL SBI, São Paulo, v. 3, n. 4, p. 1-8, dez. 1995.
- KAPLAN, Helen Singer. **O desejo sexual.** Tradução por Aurea Weissenberg. Rio de Janeiro : Nova Fronteira. 1983. 231 p. Tradução de: Disorders of sexual desire.
- KOLODNY, Robert C., MASTERS, William H., JOHNSON, Virginia E. **Manual de medicina sexual.** São Paulo : Manole, 1982. 640 p.
- LAGO, Tânia Di Giacomo do. **Opções contraceptivas em tempos de DST/AIDS.** (Versão modificada do trabalho apresentado no Seminário AIDS, Saúde Reprodutiva e Políticas Públicas ABIA/ MCCS, São Paulo, 1993). São Paulo : Universidade Estadual de Campinas. 4º Programa de Estudos em Saúde Reprodutiva e Sexualidade - 8 a 26 de maio de 1995 - Módulo V (Apostila).
- LEAVELL, Hugh, CLARK, E. Gurney. **Medicina preventiva.** Tradução de Maria Cecília Donnangelo, Moisés Goldbaum e Simões Ramos. São Paulo : Mc Graw-Hill do Brasil, 1976. 744 p. Tradução de: For the doctor in his community.
- LEE, Rita, CARVALHO, Roberto. **Caso sério.** In: LEE, Rita. **Lança perfume e outras manias.** São Paulo : Microfilmes Produções Técnicas, 1987. (Disco CD).

- LEMES, Conceição. AIDS: a distância entre a intenção e o gesto. Rev. Playboy, ano XX, n. 222, p. 104-116, jan. 1994.
- LESCURA, Yara. **Doenças sexualmente transmissíveis - sífilis, gonorréia e AIDS - no espaço de vida dos alunos universitários.** Ribeirão Preto, 1994. 228. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1994.
- LIBMAN, Howard, WITZBURG, Robert A. **Infecção pelo HIV: um manual clínico.** Rio de Janeiro : MEDSI, 1995. 515 p.
- LIMA, Lisandra Matos; DAUFENBACH, Luciane Zappellini, SILVA, Rochele da. **Cuidado de enfermagem aos portadores do HIV/AIDS no hospital e domicílio - uma nova proposta assistencial.** Florianópolis, 1994. 105 p. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarm 1994.
- LOPES, Gerson Pereira; NASCIMENTO, Leonardo Goodson do, REZENDE, Wanessa Câmara. Os profissionais de saúde e a educação sexual. **R.B.S.H.**, São Paulo, v. III, n. 1, 1992.
- LOYOLA, Maria Andréa. Percepção e prevenção da AIDS no Rio de Janeiro. In: LOYOLA, Maria Andréa, GIAMI, Alair (Orgs.). **AIDS e sexualidade: o ponto de vista das ciências humanas.** Rio de Janeiro : Relume-Dumará, 1994. 246 p. p. 19-72.
- MANN, Jonathan, TARANTOLA, Daniel J. M., NETTER, Thomas W. Como avaliar a vulnerabilidade da infecção pelo HIV e AIDS. In: MANN, J, TARANTOLA, D., NETTER, T. (Orgs.). **A AIDS no mundo.** Rio de Janeiro : Relume Dumará, 1993. 321 p. p. 275-300
- MARQUES, Eduardo Cesar. Da Higiene à Construção da Cidade: o Estdo e o Saneamento no Riô de Janeiro. **Rev. História Ciências Saúde**, Rio de Janeiro, V. II, n.2, p. 51-67, 1995.
- MARTIN, Denise, BARBOSA, Regina Maria, VILLELA, Wilsa Vieira. As mulheres e a prevenção da AIDS. In: PAIVA, Vera (Org.). **Em tempos de AIDS - viva a vida: sexo seguro, prevenção, drogas, adolescentes, mulheres, apoio psicológico aos portadores.** São Paulo : Summus, 1992. 214 p. p. 166-174.

- MARTINS, Margareth Linhares. **Ensinando e aprendendo em grupo a enfrentar situações vivenciadas por pessoas ostomizadas.** Florianópolis, 1995. 165 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1995.
- MASTERS, William H., JOHNSON, Virginia E. **A resposta sexual humana.** São Paulo : Roca, [19--]. 296 p.
- MAZZAFERO, Vicente, SAUBERT, Leslie. **Epidemiología fundamental y aplicada a la evaluación de servicios hospitalarios y acciones de salud pública.** Buenos Aires : Ateneo, 1976.
- MELBYE, Mads, BAYLEY, Anne, MANUWELE, J.K. et al. Evidence for heterosexual transmission and clinical manifestations of Human Immunodeficiency Virus infection and related conditions in Lusaka, Zambia. **Lancet**, London, n.15, Nov. 1986.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Os muitos brasis: saúde e população na década de 80.** São Paulo : HUCITEC, 1995.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundação Nacional de Saúde. Coordenação de Imunizações e Auto-Suficiência em Imunobiológicos. Programa Nacional de Imunizações. **Manual de procedimentos para vacinação: características gerais das doenças imunopreveníveis.** Brasília : Fundação Nacional de Saúde, 1993. p. 1-22.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS. **Boletim Epidemiológico: AIDS**, Brasília, Ano IX. n. 4, p. 13, set./nov. 1996.
- MONAY, Osmar. Acompanhamento do paciente com vírus HIV. **Âmbito Hospitalar**, São Paulo, n. 40, p. 5-11, 1992.
- NASCIMENTO, Gilberto, RODRIGUES, Alan. Prostitutas made in Brazil. **Revista Isto É**, n. 1392, p. 108-113, 05 jun. 1996.
- NICHIATA, Lúcia Yasuko Izumi, SHIMA, Hisako, TAKAHASHI, Renata Ferreira. Buscando a compreensão do enfrentamento da AIDS no Brasil. **Rev. Latino-Am. Enf.**, Ribeirão Preto, v. 3; n. 1; p. 149-158, jan. 1995.
- NUNES, César Aparecido. **Desvendando a sexualidade.** São Paulo : Papyrus, [19--]. 101 p. (Série Educar Aprendendo).

- O'LEARY, Sally, CHENEY, Barbara (Org.). **Tripla Ameaça: AIDS e mulheres.** Tradução por Ana Dourado. Rio de Janeiro : ABIA, 1983. 126 p. Tradução de: Triple Jeopardy.
- O ÚLTIMO tango em Paris. Dirigido por Bernardo Bertolucci. Paris : Warner, 1972. (124 min.).
- OMS. **Prevención de la transmisión sexual del virus de la inmunodeficiencia humana.** Ginebra : Serie OMS sobre el SIDA, n. 6, 1990.
- PAIVA, Vera, ALONSO, Luiza. Em tempos de AIDS viva a vida. In: PAIVA, Vera. (Org.). **Em tempos de AIDS viva a vida: sexo seguro, prevenção, drogas, adolescentes, mulheres, apoio psicológico aos portadores.** São Paulo : Summus, 1992. 214 p. p. 7-13.
- PAIVA, Vera (Org.). **Em tempos de AIDS viva a vida: sexo seguro, prevenção, drogas, adolescentes, mulheres, apoio psicológico aos portadores.** São Paulo : Summus, 1992. 214 p.
- PARKER, Richard. **Corpos, prazeres e paixões: a cultura sexual no Brasil contemporâneo.** São Paulo : Best-Seller, 1991. 295 p.
- PARKER, Richard. Diversidade sexual, análise sexual e educação. In: LOYOLA, Maria Andrea (Org.). **AIDS e sexualidade.** Rio de Janeiro : Relumé-Dumará, 1994. 246 p. p. 141-159.
- PARKER, Richard G., HERDT, Gilbert, CARBALLO, Manuel. Cultura sexual, transmissão do HIV e pesquisas sobre AIDS. In: CZERESNIA, Dina et al. **AIDS: pesquisa social e educação.** São Paulo : HUCITEC, 1995. 206 p.
- PEREIRA, Aldo. **Dicionário da vida sexual.** São Paulo : Nova Cultural, 1987. 2 v. p. 129-256: Censura (em direito) a Faino.
- PEREZ, Jorge et al. Experiência cubana na abordagem da infecção por HIV/AIDS. In: SEMINÁRIO "A EPIDEMIOLOGIA SOCIAL DA AIDS", 1994, Rio de Janeiro. **Anais ...** Rio de Janeiro : IMS-UERJ-ABIA, 1994. 61 p. p. 50-57.
- PESSÔA, Samuel Barnsley. **Ensaio médico social.** São Paulo : CEBES-HUCITEC, 1978.
- PINEL, Arletty. Correr o risco de contrair o vírus da AIDS por amor. **Rev. Caras,** São Paulo, n. 146, ano 3, p. 34, 23 ago. 1996.

- PINTO, Thereza Meiga, CORDI, Cassiano, SOUZA, Maria de Lourdes de. **Da enfermagem e da filosofia como disciplina - importância do estudo.** Florianópolis, [199-]. Trabalho apresentado ao Curso de Doutorado em Filosofia da Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.
- PLUMMER, Francis A. et al. Cofactors in male-female sexual transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1. *JID*, Chicago, n. 163, p. 233-239, Feb. 1991.
- QUINTEIRO, Maria da Conceição. **Razão e emoção da união conjugal.** São Paulo : Núcleo de Estudos da População - NEPO/UNICAMP, 1993. Texto NEPO n. 27. 73 p.
- RADÜNZ, Vera. **Cuidando e se Cuidando: Fortalecendo o "self" do cliente oncológico e o "self" da Enfermeira.** Florianópolis, 1994. 64 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1994.
- RICHARDSON, Diane. **Women and AIDS.** New York : Methuen, Inc., 1988. 179 p.
- RIVERA M., Maria Soledad. **Vida sexual de mujeres de estrato social medio bajo y bajo y su relación con la comunicacion y conflictos de pareja, sistema de valores sexuales y antecedentes traumaticos sexuales.** Santiago, Chile, 1986. 160 p. Tese (Magister em Saúde Pública) - Universidade do Chile, 1986.
- RODRIGUES, José Carlos. **O tabú do corpo.** 2. ed. Janeiro : Achiamé, 1975. 174 p.
- RODRIGUES JR., Oswaldo Martins. **Objetos do desejo: das variações sexuais, perversões e desvios.** São Paulo : Iglu, 1991. 101 p.
- RODRIGUES JR., Oswaldo Martins. Prefácio. In: GIR, Elucir et al. **Práticas sexuais e a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana.** Goiânia : AB, 1994. 174 p. p. xviii.
- ROJAS, Rolando Armijo. **Epidemiologia.** Buenos Aires : Intermédica, 1974.
- ROSEN, George. **Uma história da saúde pública.** Tradução: Marcos Fernando da Silva Moreira e José Rubem de Alcântara Bonfim. São Paulo : Hucitec, 1994. (Saúde em Debate, 74). 423 p. Tradução de: A History of Public Health.

- SANTOS, Naila Janilde Seabra, MUNHOZ, Rosemeire. A AIDS entre as Mulheres: Reflexões sobre seus depoimentos. In: PARKER, Richard, GALVÃO, Jane (Org.). **Quebrando o Silêncio: Mulheres e AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume -Dumará, 1996. 206 p. p. 115-135.
- SANTOS, Naila Janilde Seabra. A AIDS entre as Mulheres no Estado de São Paulo. In: PARKER, Richard, GALVÃO, Jane (Org.). **Quebrando o Silêncio: Mulheres e AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume -Dumará, 1996. 206 p. p.33-59.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA. **Distribuição de casos de AIDS, segundo o ano de diagnóstico, faixa etária e razão por sexo**. 1996. (Dados preliminares até a semana 44 terminada em 2/11).
- SCLIAR, Moacyr. **Do mágico ao social - a trajetória da saúde pública**. Porto Alegre : L & P, 1987. 111 p.
- SEFFNER, Fernando. AIDS, estigma e corpo. In: LEAL, Ondina Fachel. **Corpo e significado - ensaios de antropologia social**. Porto Alegre : Editora da Universidade, 1995. p. 391-415.
- SIBONY, Daniel. Divisor de águas. In: WAJSBROT, Cécile (Org.). **A fidelidade: um horizonte, uma troca, uma memória**. Tradução por Moacyr Gomes Júnior. Porto Alegre : L & PM, 1992. 194 p. p. 13-24.
- SOURDIF, Isabelle. Femmes, sida et MTS: stratégies d'action en matière de prévention et d'éducation. **Revue Canadienne de Santé Publique**, Canadá, v. 84, Suppl. I, p. 28-30, Jan./Fév. 1993.
- SOUZA, Maria de Lourdes de. **Mortalidade materna em Florianópolis - Santa Catarina - 1978 a 1979 - obituário hospitalar**. São Paulo, 1982. 138 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1982.
- TERTO JR., Veriano. Sexo seguro. In: PAIVA, Vera. **Em tempos de AIDS viva a vida: sexo seguro, prevenção, drogas, adolescentes, mulheres, apoio psicológico aos portadores**. São Paulo : Summus, 1992. 214 p. p. 115-124.
- VARGAS, Marilene Cristina. **Manual do orgasmo: sexo e prazer para dois**. 5. ed. Rio de Janeiro : Civilização Brasileira, 1993. 152 p.

- VENTURA, M. **Um breve relato do trabalho da assistência jurídica do grupo pela vida.** São Paulo : Universidade Estadual de Campinas, 1995. Trabalho apresentado no 4º Programa de Estudos em Saúde Reprodutiva e Sexualidade - UNICAMP - São Paulo, 8 a 26 de maio de 1995 - Módulo V.
- VENTURI, Gustavo. AIDS: temor informação e mudança de comportamento. In: PAIVA, Vera. (Org.). **Em tempos de AIDS viva a vida: sexo seguro, prevenção, drogas, adolescentes, mulheres, apoio psicológico aos portadores.** São Paulo : Summus, 1992. 214 p. p. 63-77.
- VERRÚSIO, A. CARL - Risk of transmission of the human immunodeficiency virus to health care workers exposed to HIV - infected patients: a review. **JADA**, v. 118, p. 339-342, Mar. 1989.
- WATSTEIN, Sarah Barbara, LAURICH, Anthony Robert. **AIDS and women: a sourcebook.** Arizona : Oryx Press, 1991. 141 p.
- WESTRUPP, Maria Helena Bittencourt, SOUZA, Maria de Lourdes de. Evitabilidade da AIDS e os trabalhadores dos serviços de saúde. In: 46º CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 1994, Porto Alegre. **Anais ...** Porto Alegre : ABEn-GO, 1994. 512 p. p. 453-454.
- WESTRUPP, Maria Helena Bittencourt, MIRANDA, Antonio Fernando Barreto, GUIMARÃES, Maria Ulisses, VEIGA, Rita de Cássia da. O perfil das mulheres com HIV/AIDS, atendidas num ambulatório de referência. In: XXI JORNADA CATARINENSE DE ENFERMAGEM, 1985, Florianópolis. **Anais ...** Florianópolis : ABEn-SC, 1995a. 210 p. p. 168.
- WESTRUPP, Maria Helena Bittencourt, SOUZA, Maria de Lourdes de. A fidelidade e a sexualidade diante da epidemia do século. In: 47º CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 1995b, Goiânia. **Anais ...** Goiânia : ABEn-GO, 1995b. 1076 p. p. 960-961.
- WESTRUPP, Maria Helena Bittencourt, VERDI, Marta, CALLIARI, Edman R. da Silva. Doenças transmissíveis: aspectos epidemiológicos, prevenção e controle. In: SOUZA, Maria de Lourdes de (Org.). **O auxiliar de enfermagem no ambiente social: estudos regionais e de saúde pública.** Florianópolis : UFSC, 1997. v. 2, 211p. p. 68-119.

ANEXOS

**PRÁTICAS SEXUAIS DAS MULHERS DE PARCEIROS
INFECTADOS PELO HIV**

- 1) Idade:
Quantos anos você tem? _____
- 2) Identidade étnica:
Qual a sua cor? _____
- 3) Estado civil:
Você está atualmente:
 Solteira
 Casada
 Vivendo com um homem (amasiada)
 Vivendo com uma mulher (amasiada)
 Divorciada
 Separada
 Viúva
 Outra, qual? _____
- 4) Nacionalidade/Naturalidade:
País de nascimento: _____
Se estrangeira, nacionalidade atual: _____
Se brasileira, nome do Estado e cidade: _____
- 5) Grau de instrução:
Qual o seu nível de escolaridade?
 Nunca foi à escola
 Primeiro grau completo incompleto
 Segundo grau completo incompleto
 Universidade completo incompleto
 Pós-Graduação completo incompleto
 Sabe ler
 Sabe escrever

6) Práticas religiosas:

Qual a religião que você pratica?

- católica
 protestante
 adventista
 afro-brasileira
 espírita
 luterana
 judaica
 não tem religião
 outras _____

7) Situação de Emprego:

No momento você:

- tem emprego integral
 trabalha ocasionalmente
 é diarista
 é doméstica apenas
 trabalha meio-período
 está aposentada
 outro, qual? _____

8) Qual a sua profissão?

9) Procedência:

Qual a cidade que você mora? _____

Qual o bairro? _____

10) Situação de moradia:

Você mora:

- sozinha
 com os pais/parentes
 com esposo/família
 com parceiro(a)/parceiros(as)
 com amigos
 outra situação, qual? _____

11) Número de parceiros(as):

a) na sua vida inteira, quantos parceiros(as) sexuais você teve?

b) nos últimos 5 anos, quantos parceiros(as) sexuais você teve?

c) no último ano, quantos parceiros(as) sexuais você teve?

d) nos últimos seis meses, quantos parceiros(as) sexuais você teve?

12) Sobre a informação anterior, você pode dizer que:

tem certeza sobre o número referido de parceiros(as)

tem pouca certeza sobre o número referido de parceiros(as)

não tem certeza

As perguntas 13, 14, 15, 16 e 18 deverão ser respondidas somente pelas mulheres soropositivas.

13) Há quanto tempo sabe que é portadora do HIV?

14) Como ficou sabendo?

15) Já teve sintomas da doença?

Sim

Não

Quando? _____

Quais? _____

Como soube? _____

16) Qual o primeiro sintoma?

17) Com quantos anos teve a sua primeira relação sexual com penetração?

- 18) Como acha que contraiu o vírus?
 transfusão sanguínea
 relação sexual
 agulha contaminada
 outras _____
- 19) Já recebeu transfusão de sangue alguma vez?
 Sim Quantas vezes: _____
 Não Quando: _____
Por que: _____
- 20) Há quanto tempo você está se relacionando sexualmente com o(a) atual
companheiro(a)?

- 21) Você utiliza algum método anticoncepcional?
Sim ()
Não ()
Qual? _____
Há quanto tempo? _____
- 22) Você tem filhos?
Sim ()
Não ()
Quantos? _____
- Se a resposta for sim, esclareça:
Quantos filhos você tem do companheiro portador?

- Os filhos nasceram de parto normal () Quantos: _____
Parto cesáreo () Quantos: _____
- 23) Teve algum aborto?
Sim ()
Não ()
Se a resposta for sim, esclareça:
Quantos? _____
Onde foi atendida? _____

24) Você teve alguma lesão de colo de útero (ferida)?

Sim ()

Não ()

Se a resposta for sim, esclareça:

Como diagnosticou? _____

Quem tratou? _____

Com o que tratou? _____

25) Você costuma fazer exame preventivo de câncer uterino?

Sim ()

Não ()

De quanto em quanto tempo costuma fazê-lo: _____

Se a resposta for não, esclareça o porquê: _____

26) Você tinha relação sexual com penetração e orgasmo durante o período em que estava menstruada?

Sim ()

Não ()

Com Condom (camisinha)?

Sim ()

Não ()

27) Você teve alguma doença sexualmente transmissível?

Sim ()

Não ()

Qual? _____

Quando? _____

Com quem tratou? _____

Qual o remédio que usou? _____

28) Responda as perguntas que seguem, relacionadas as suas práticas sexuais antes de ficar sabendo que você e/ou seu parceiro(a) são portadores do HIV.

28.1) Quantos parceiros(as) sexuais você calcula que teve antes de saber que era portadora do HIV?

28.2) Quantas relações sexuais, mais ou menos, você mantinha por semana antes de saber que você e/ou seu parceiro eram portadores do HIV?

28.3) Você sentia mais prazer com:

Estimulação direta (oral/manual)

Penetração vaginal (pênis/vagina)

Penetração anal (pênis/ânus)

Outros. Quais: _____

Não sei o que é isso

Assinale as respostas de acordo com o que segue?

a - sempre

c - às vezes

e - não sei o que é isso

b - quase sempre

d - nunca

28.4) Você se masturbava?

a ()

b ()

c ()

d ()

e ()

28.5) Frente a uma situação erótica (filme, pessoa atraente, revistas, livros etc.) você se excitava:

a ()

b ()

c ()

d ()

e ()

28.6) Você tinha orgasmo (gozava)?

a ()

b ()

c ()

d ()

e ()

28.7) Quando você mantinha relação sexual, o condom (camisinha) era utilizado:

a ()

b ()

c ()

d ()

e ()

28.8) Se a resposta anterior foi a, b ou c responda se a camisinha era colocada quando:

o pênis estava ereto

o pênis estava ereto, mas a camisinha era colocada só na hora em que acontecia o orgasmo masculino (gozo do seu parceiro)

28.9) Se sua resposta foi b, c ou d, responda porquê: _____

28.10) Você tinha atividade homossexual?

a ()

b ()

c ()

d ()

e ()

29) Responda os itens abaixo relacionados as suas práticas sexuais antes de ficar sabendo que você e/ou seu parceiro(a) são portadores do HIV.

Assinale a resposta de acordo com o que segue:

a - sempre

c - às vezes

e - não sei o que é isso

b - quase sempre

d - nunca

Carícias em regiões não genitais	a	b	c	d	e
Beijo na boca	a	b	c	d	e
Carícias no seio	a	b	c	d	e
Contato da boca com genitais	a	b	c	d	e
Contato da boca com ânus	a	b	c	d	e
Carícias com os dedos ou mão nos genitais	a	b	c	d	e
Relação vaginal (pênis/vagina)	a	b	c	d	e
Relação anal (pênis - ânus)	a	b	c	d	e
Utilização de acessórios	a	b	c	d	e
Ele usava camisinha na relação anal?	a	b	c	d	e
Ele usava camisinha na relação vaginal?	a	b	c	d	e
Você realizou sexo oral nele?	a	b	c	d	e
Ele ejaculava em sua boca?	a	b	c	d	e

30) Responda as perguntas que seguem, relacionadas as suas práticas sexuais depois de saber que você e/ou seu companheiro(a) são portadores do HIV:

30.1) Você continua com o mesmo parceiro(a) sexual depois de saber que ele(a) e/ou você é portador do HIV?

Sim

Não

Por quê? _____

30.2) Quantas relações sexuais, mais ou menos, você mantém por semana?

30.3) Não tenho vontade de transar, porque _____

30.4) Você sente mais prazer com:

Estimulação direta (oral/manual)

Penetração vaginal (pênis/vagina)

Outros. Quais: _____

Não sei o que é isso

30.5) Você tem relação homossexual?

Sim

Não

Assinale as respostas de acordo com o que segue:

a - sempre

c - às vezes

e - não sei o que é isso

b - quase sempre

d - nunca

30.6) Você se utiliza da masturbação?

a ()

b ()

c ()

d ()

e ()

30.7) Frente a uma situação erótica (filme, pessoa atraente, revista, livros etc.) você se excita:

a ()

b ()

c ()

d ()

e ()

30.8) Você tem orgasmo (goza):

a () b () c () d () e ()

30.9) Quando mantém relação sexual, a camisinha é utilizada:

a () b () c () d () e ()

30.10) Se a resposta anterior foi a, b ou c, responda se a camisinha era colocada quando:

() o pênis estava ereto

() o pênis estava ereto, mas a camisinha era colocada só na hora em que acontecia o orgasmo masculino (gozo do seu parceiro).

30.11) Se sua resposta foi b, c ou d responda porquê:

30.12) Que outras práticas sexuais você adotou e que não foram citadas?

30.13) Como foi descobrindo as novas práticas?

- 31) Responda os itens abaixo relacionados as suas práticas sexuais, depois de ficar sabendo que você e seu parceiro(a) sexual são portadores de HIV:

Assinale a resposta de acordo com o que segue:

a - sempre

c - às vezes

e - não sei o que é isso

b - quase sempre

d - nunca

Carícias em regiões não genitais	a	b	c	d	e
Beijo na boca	a	b	c	d	e
Carícias no seio	a	b	c	d	e
Contato da boca com genitais	a	b	c	d	e
Contato da boca com ânus	a	b	c	d	e
Carícias com a mão nos genitais	a	b	c	d	e
Relação vaginal (pênis/vagina)	a	b	c	d	e
Relação anal (pênis/ânus)	a	b	c	d	e
Utilização de acessórios	a	b	c	d	e
Seu parceiro usa camisinha na relação anal?	a	b	c	d	e
Seu parceiro usa camisinha na relação vaginal?	a	b	c	d	e
Você realiza sexo oral nele?	a	b	c	d	e
Ele ejaculava em sua boca?	a	b	c	d	e

- 32) Qual a pergunta que você gostaria que tivesse sido feita e não o foi?
-

- 33) Qual a pergunta que você gostaria de fazer para a Maria Helena mulher?
-

- 34) Qual a sua principal reivindicação para esta pesquisa?
-

Gráfico nº 1- Grau de escolaridade das mulheres entrevistadas segundo as condições sorológicas.

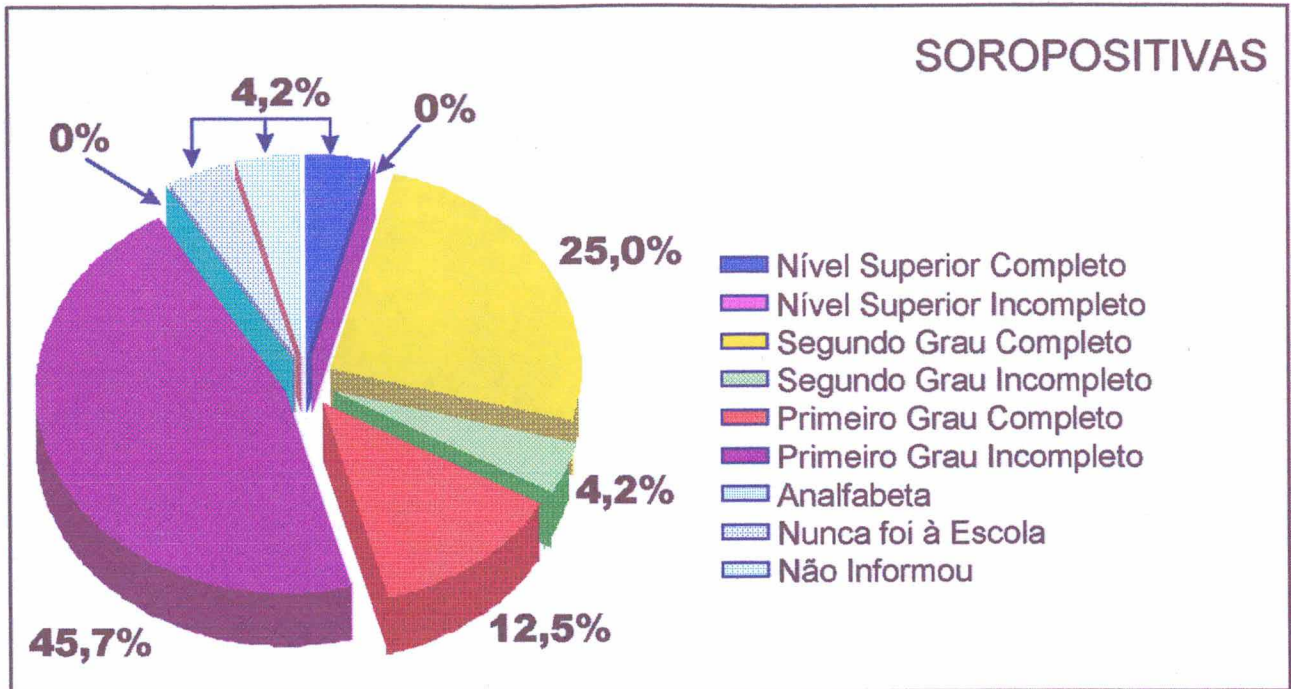


Gráfico nº2- Grau de escolaridade das mulheres entrevistadas segundo as condições sorológicas.

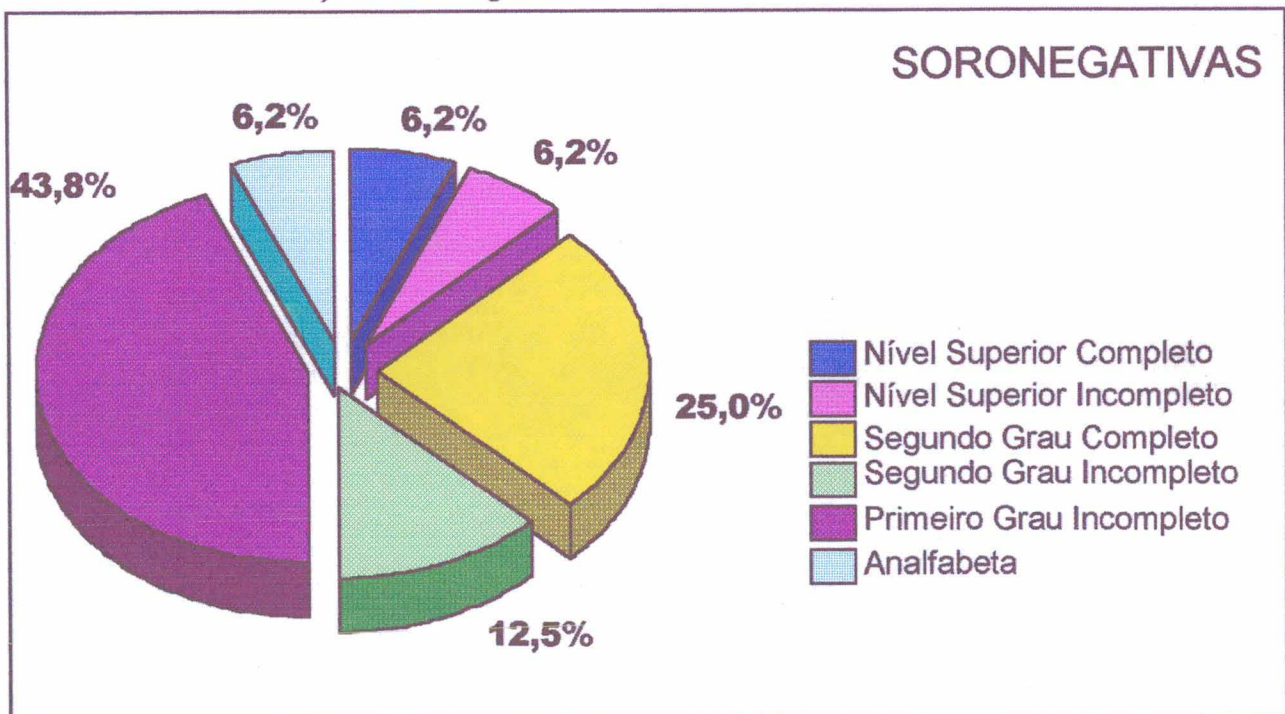


Gráfico nº 3- Idade das mulheres entrevistadas segundo a faixa etária e condição sorológica.

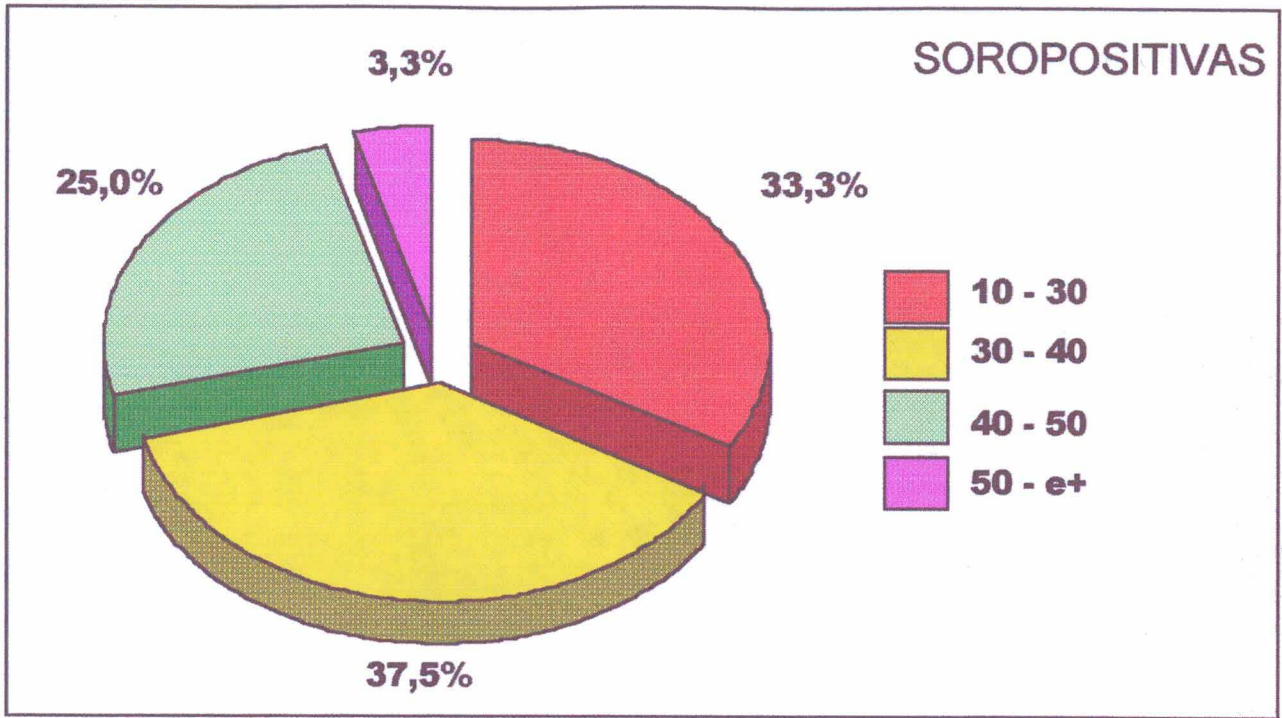


Gráfico nº 4- Idade das mulheres entrevistadas segundo a faixa etária e condição sorológica.

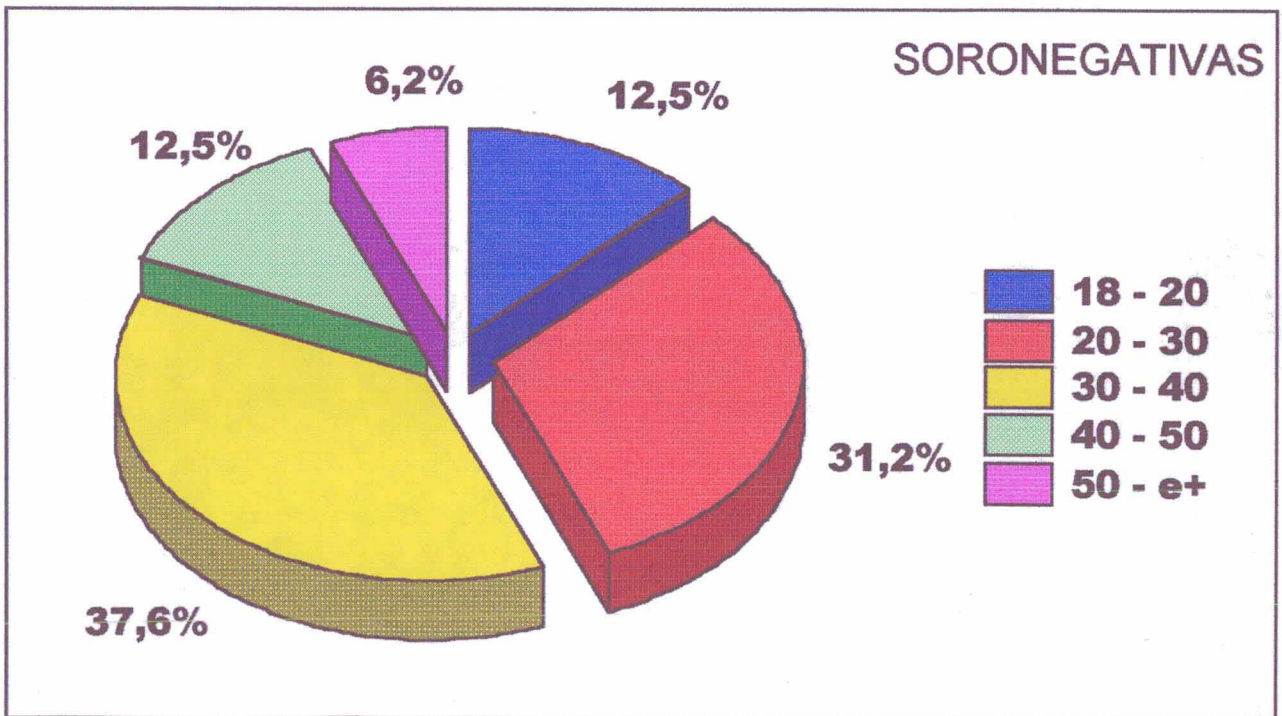


Gráfico nº 5- Estado civil das mulheres entrevistadas segundo a condição sorológica.

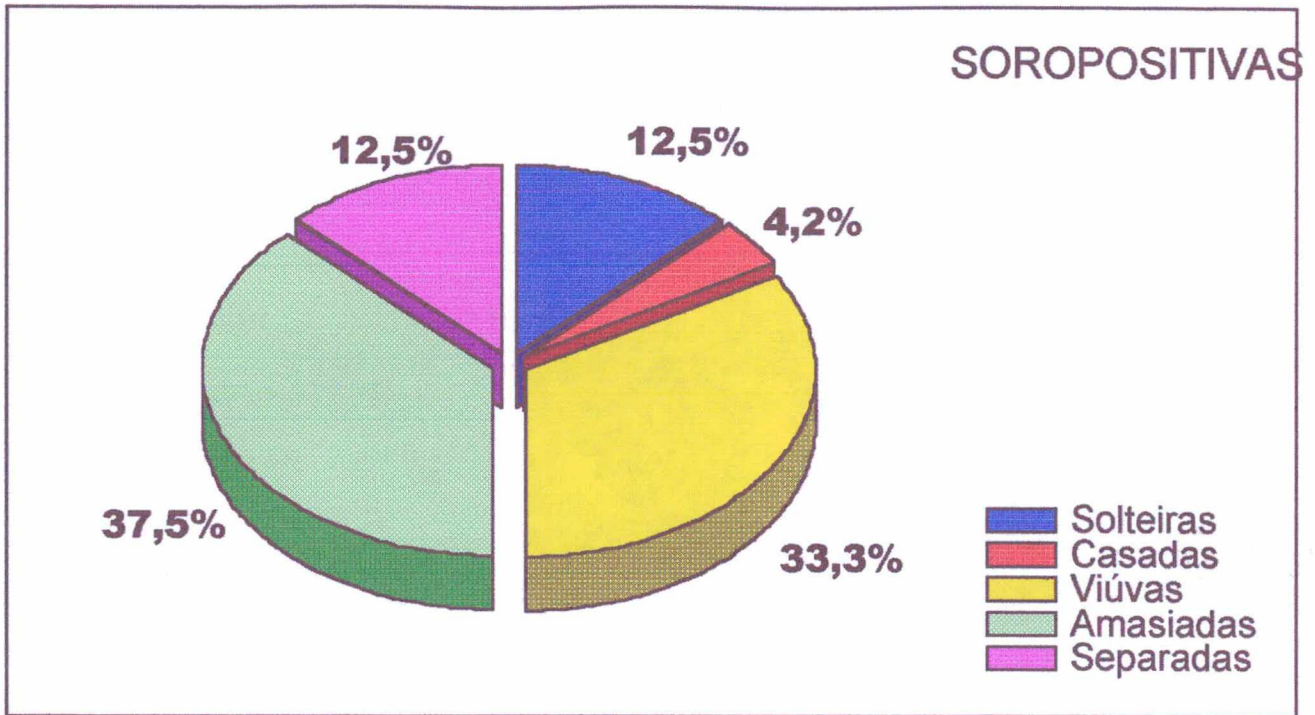


Gráfico nº 6- Estado civil das mulheres entrevistadas segundo a condição sorológica.

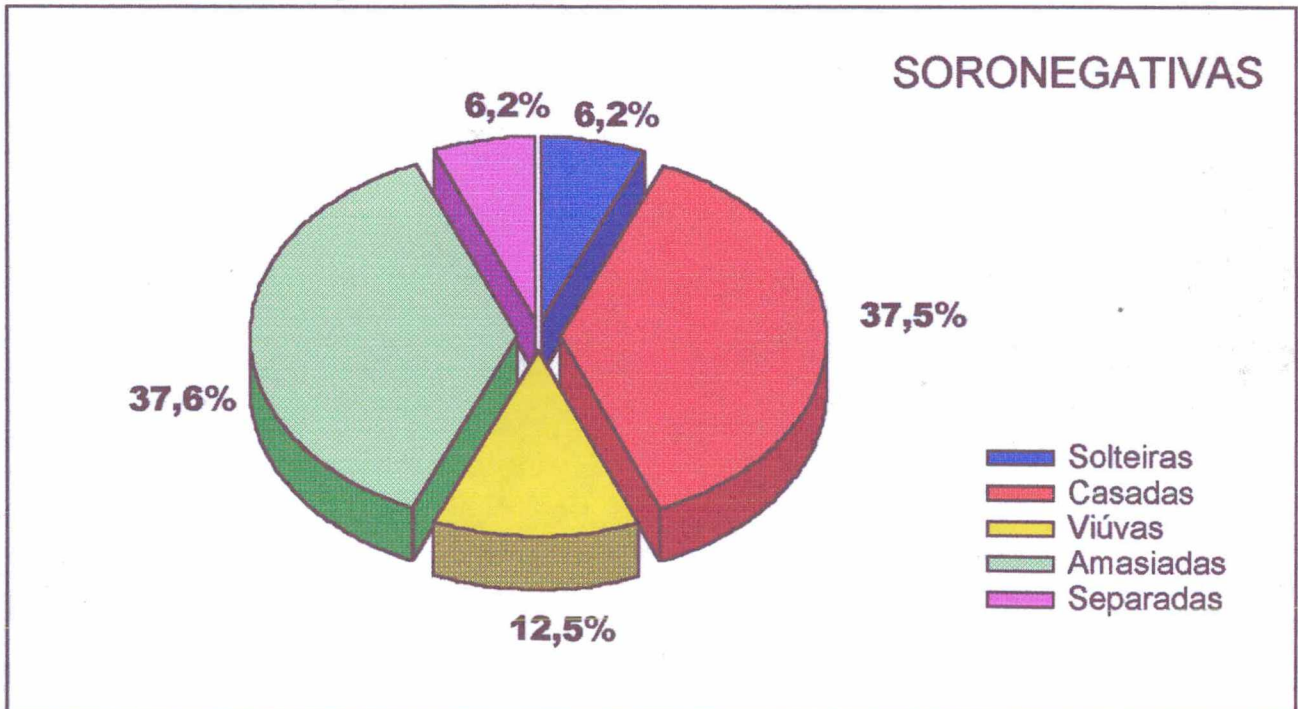


Gráfico nº 7- Situação de trabalho das mulheres entrevistadas segundo a condição sorológica.

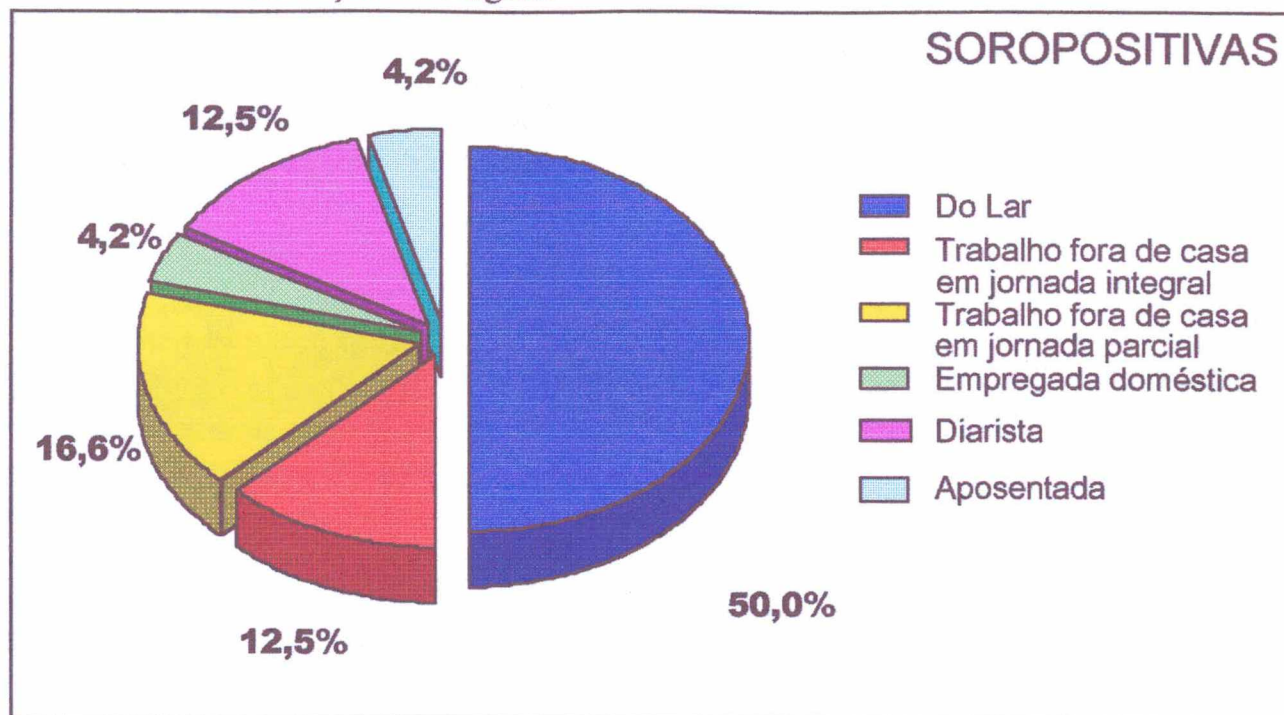


Gráfico nº 8- Situação de trabalho das mulheres entrevistadas segundo a condição sorológica.

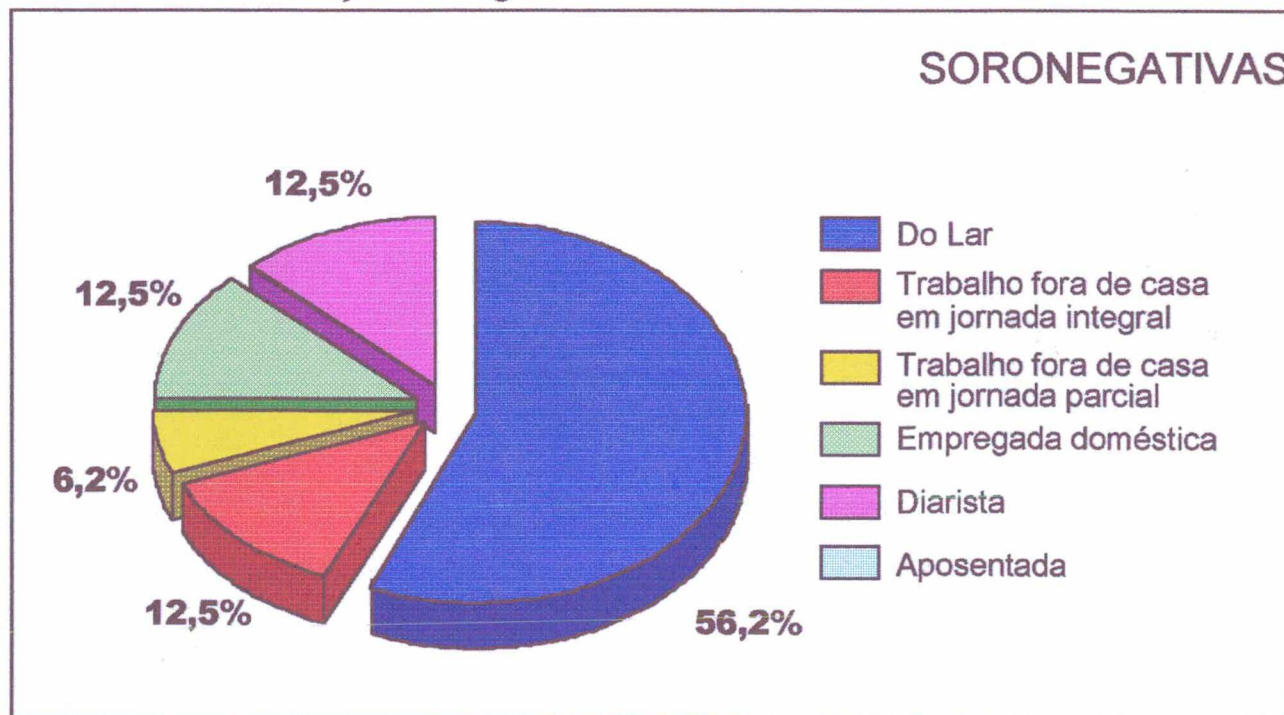


Gráfico nº 9- Práticas Religiosas das mulheres entrevistadas segundo a condição sorológica.

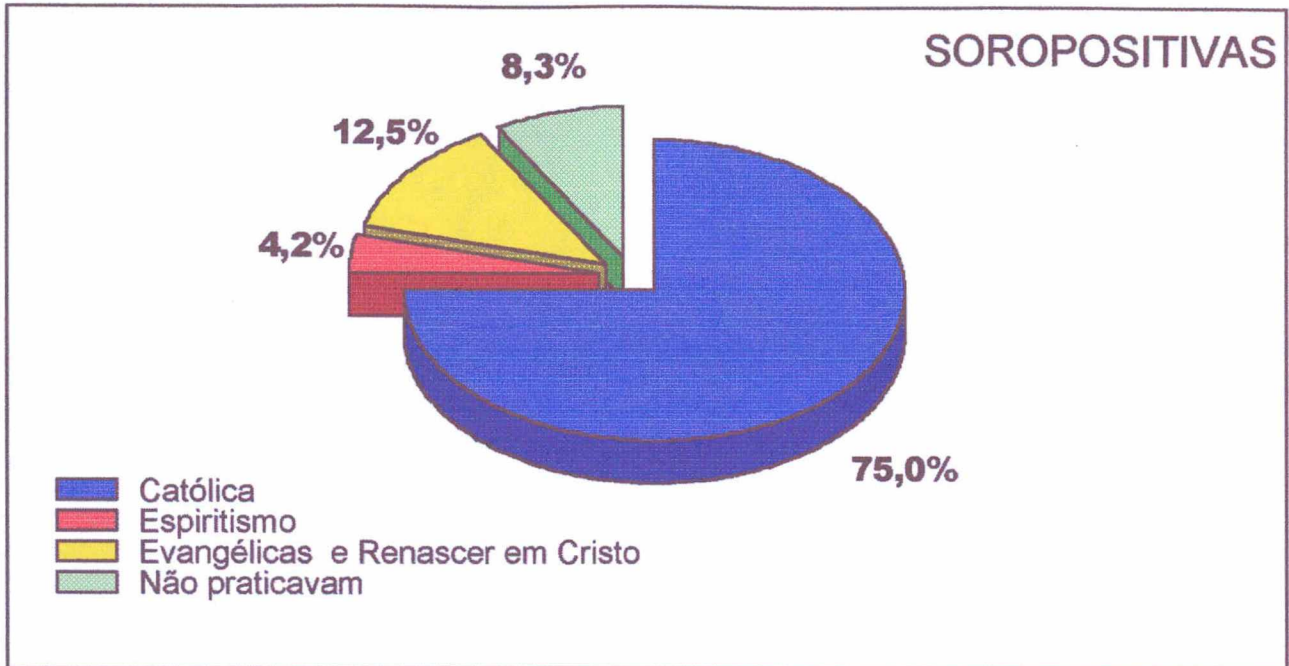


Gráfico nº 10- Práticas Religiosas das mulheres entrevistadas segundo a condição sorológica.

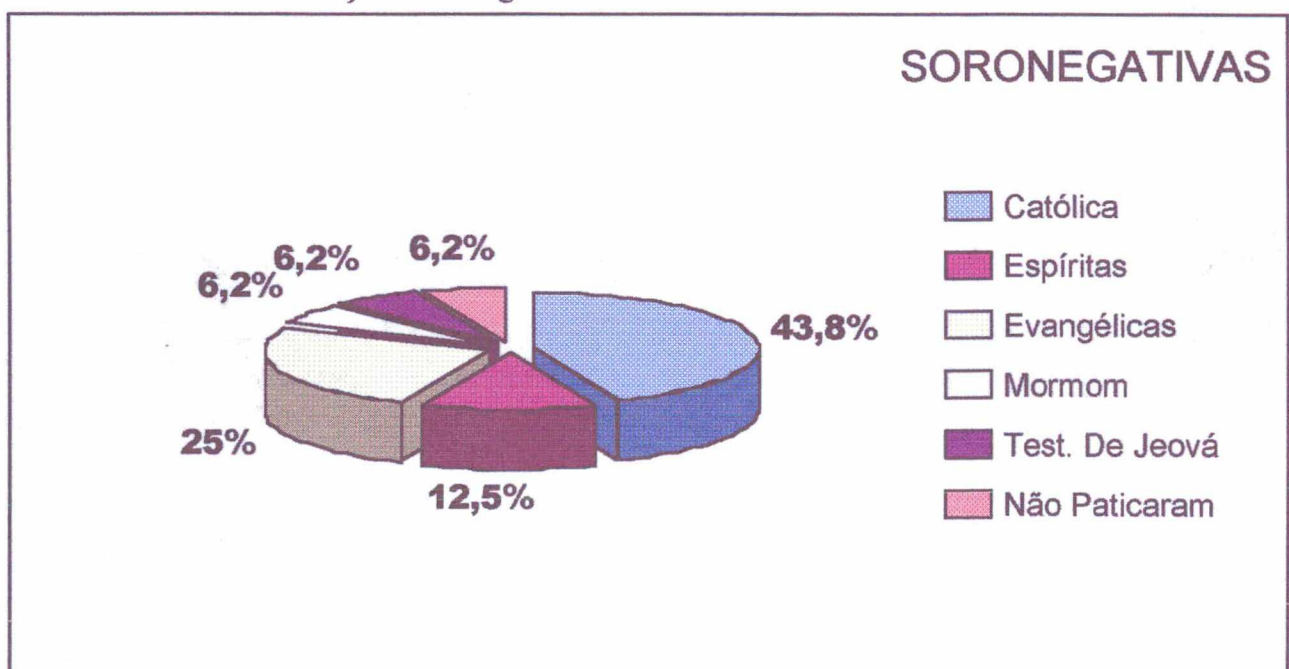


Gráfico nº 11- Município de procedência das mulheres entrevistadas segundo a condição sorológica.

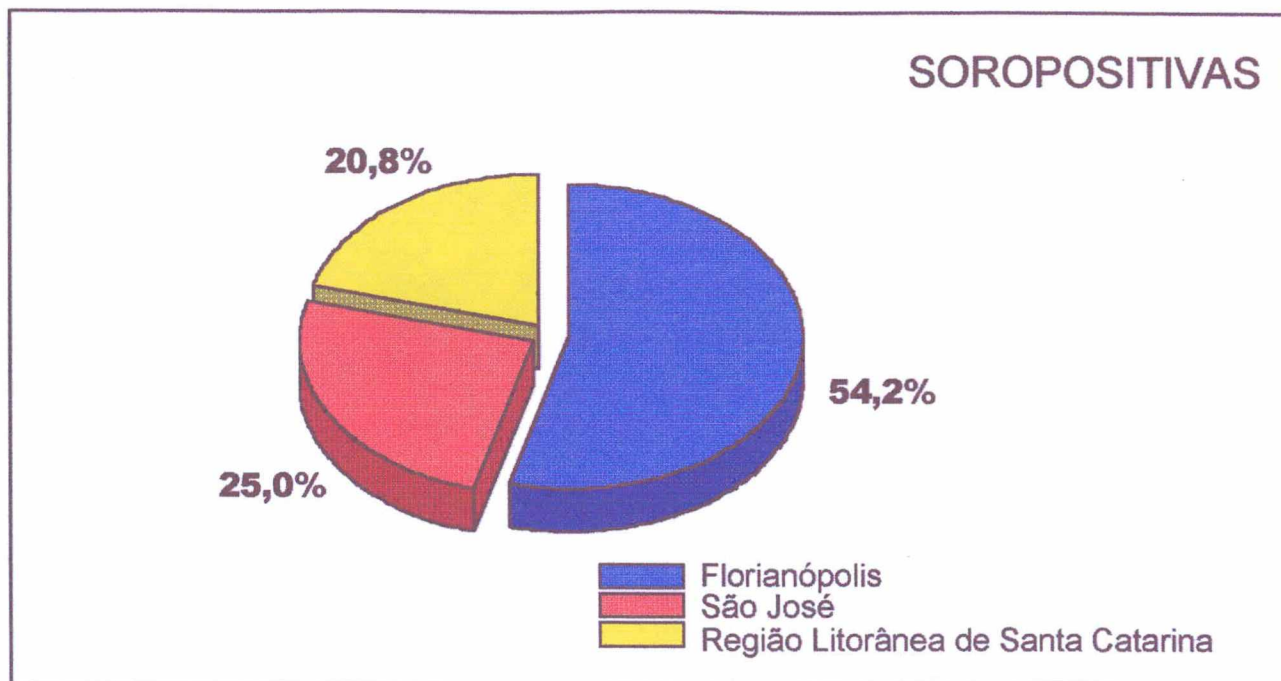


Gráfico nº 12- Município de procedência das mulheres entrevistadas segundo a condição sorológica.

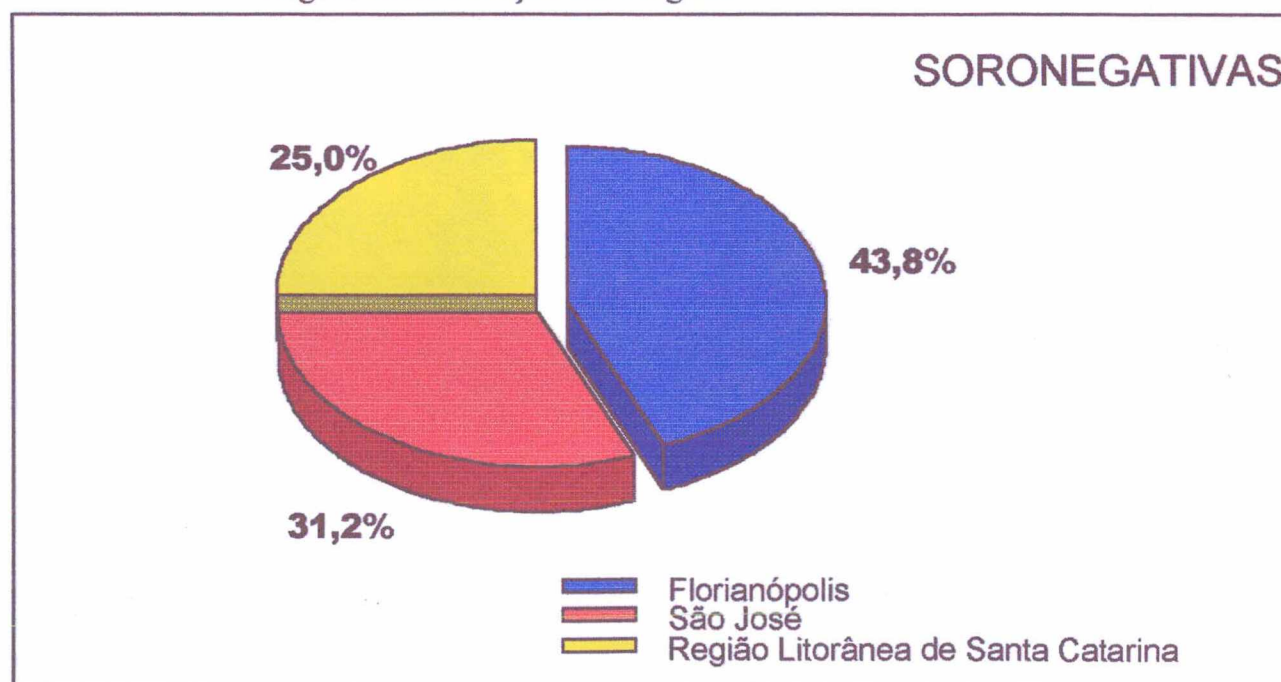


Gráfico nº 13- Número de parceiros sexuais das mulheres entrevistadas, durante toda sua vida, segundo a condição sorológica.

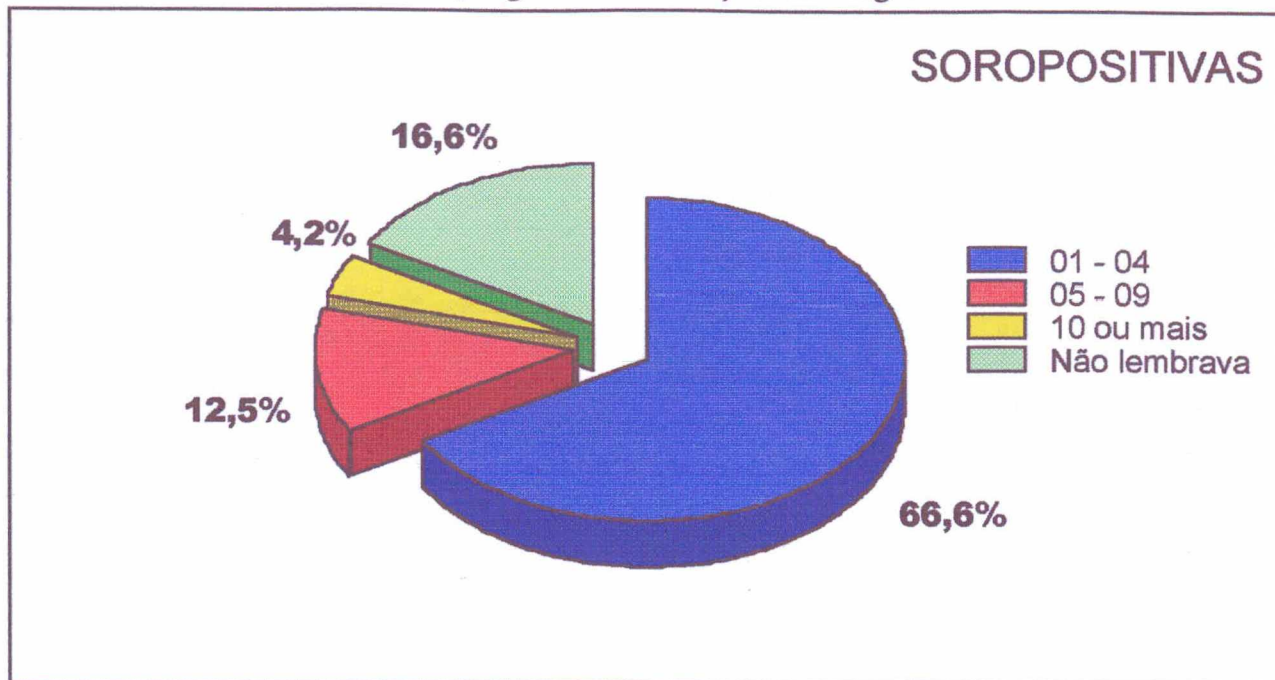


Gráfico nº 14- Número de parceiros sexuais das mulheres entrevistadas, durante toda sua vida, segundo a condição sorológica.

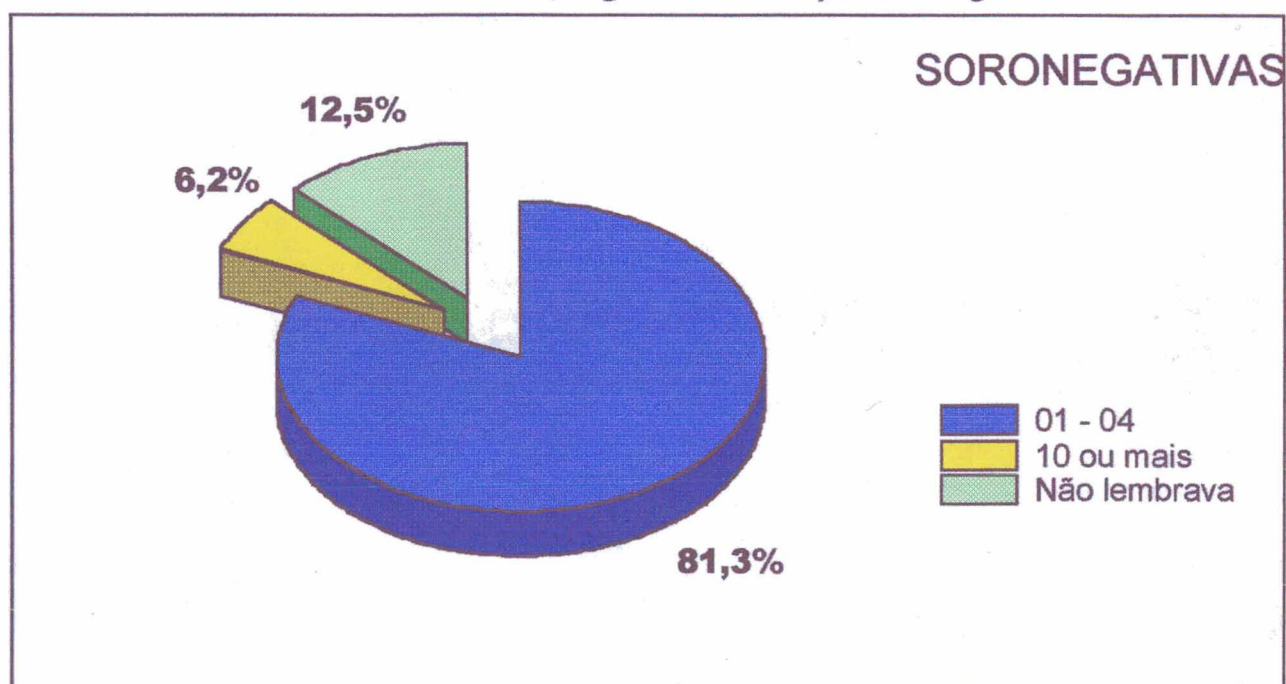


Gráfico nº 15- Número de parceiros sexuais nos últimos seis meses, que antecederam a entrevista, segundo a condição sorológica.

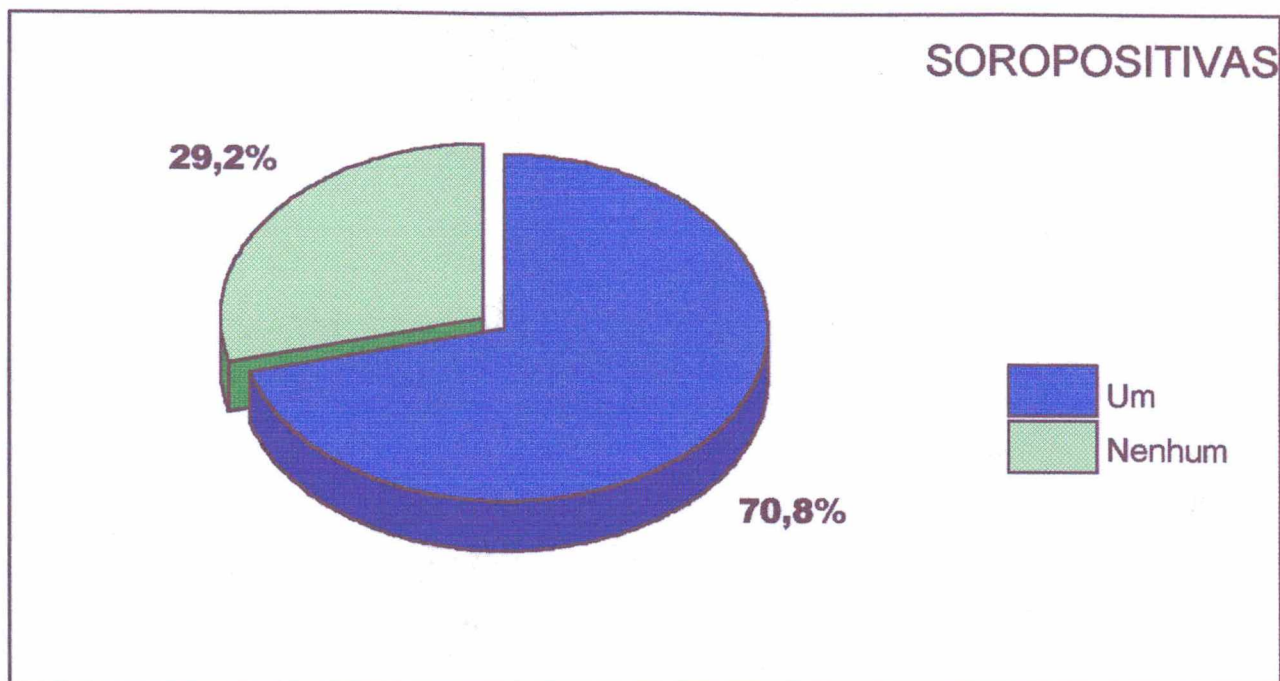


Gráfico nº 16- Número de parceiros sexuais nos últimos seis meses, que antecederam a entrevista, segundo a condição sorológica.

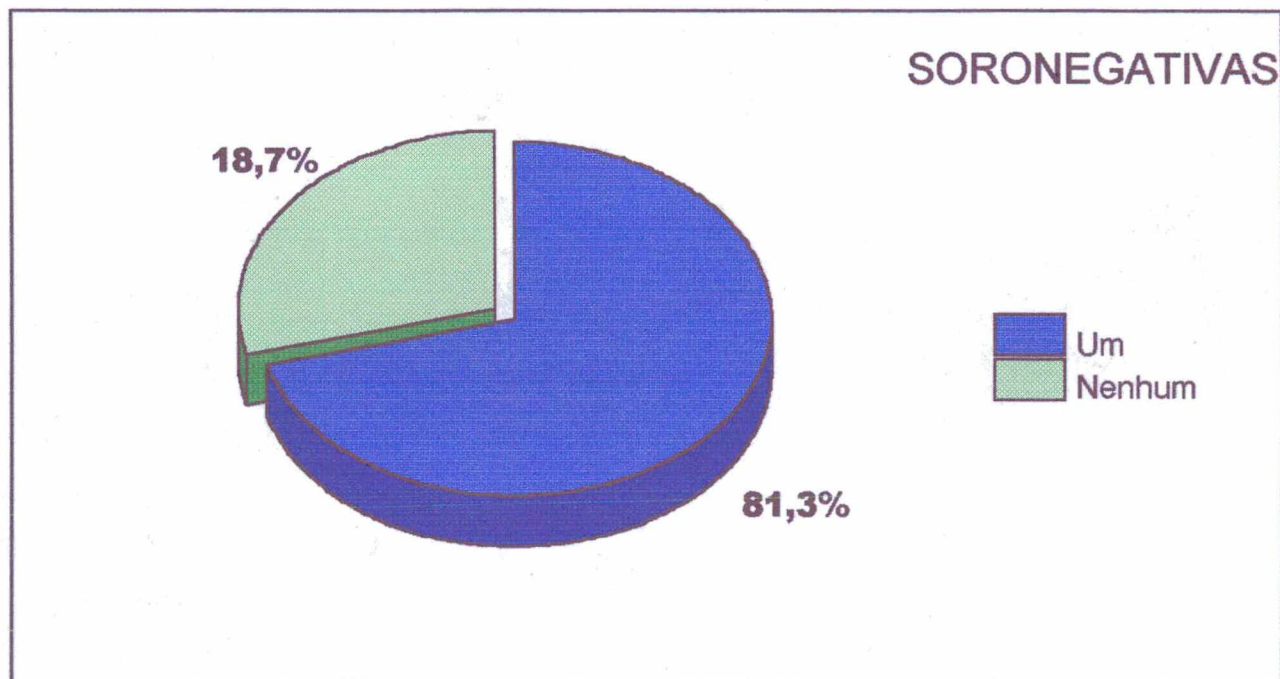


Gráfico nº 17- Sexo oral, segundo a condição sorológica e o conhecimento do resultado do exame.

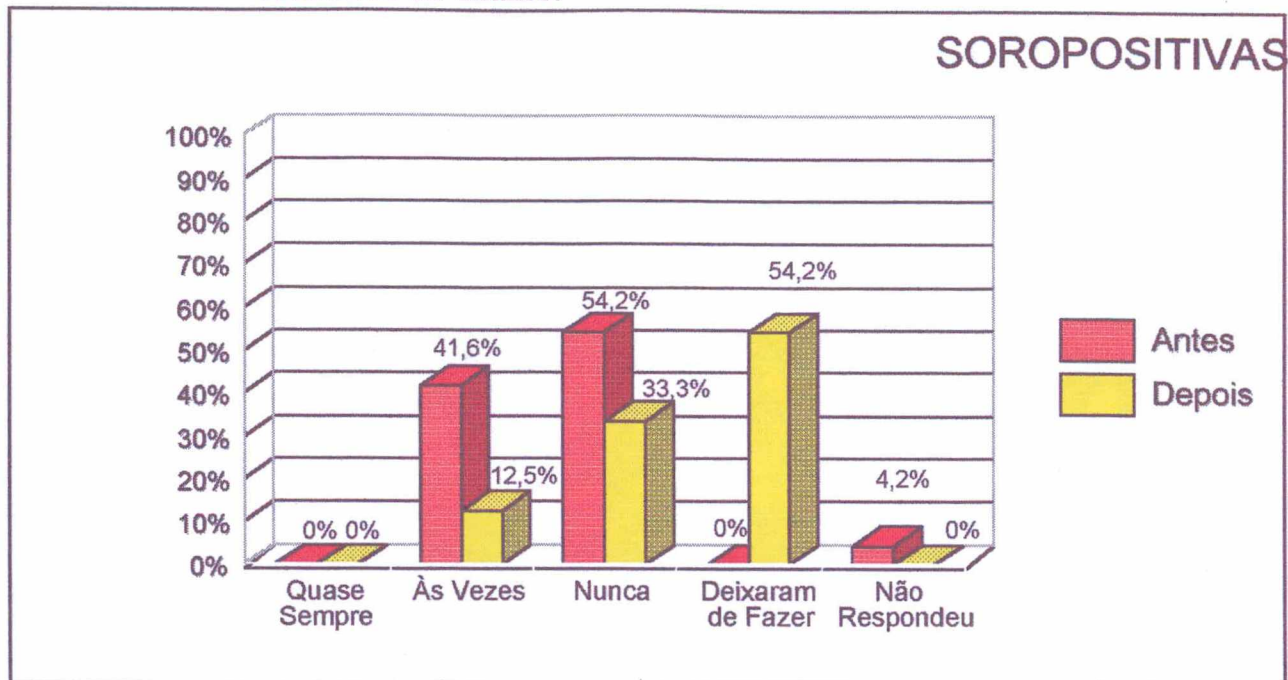


Gráfico nº 18- Sexo oral, segundo a condição sorológica e o conhecimento do resultado do exame.

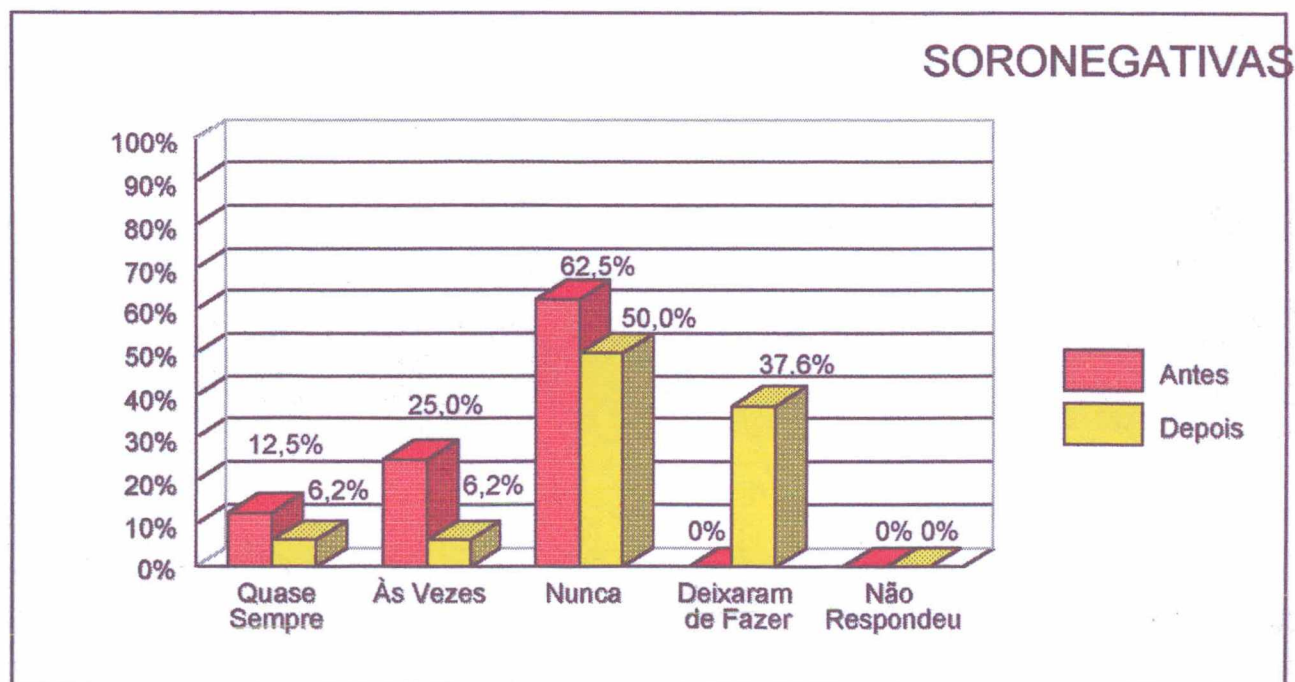


Gráfico nº 19- Sexo vaginal, segundo a condição sorológica e o conhecimento do resultado do exame.

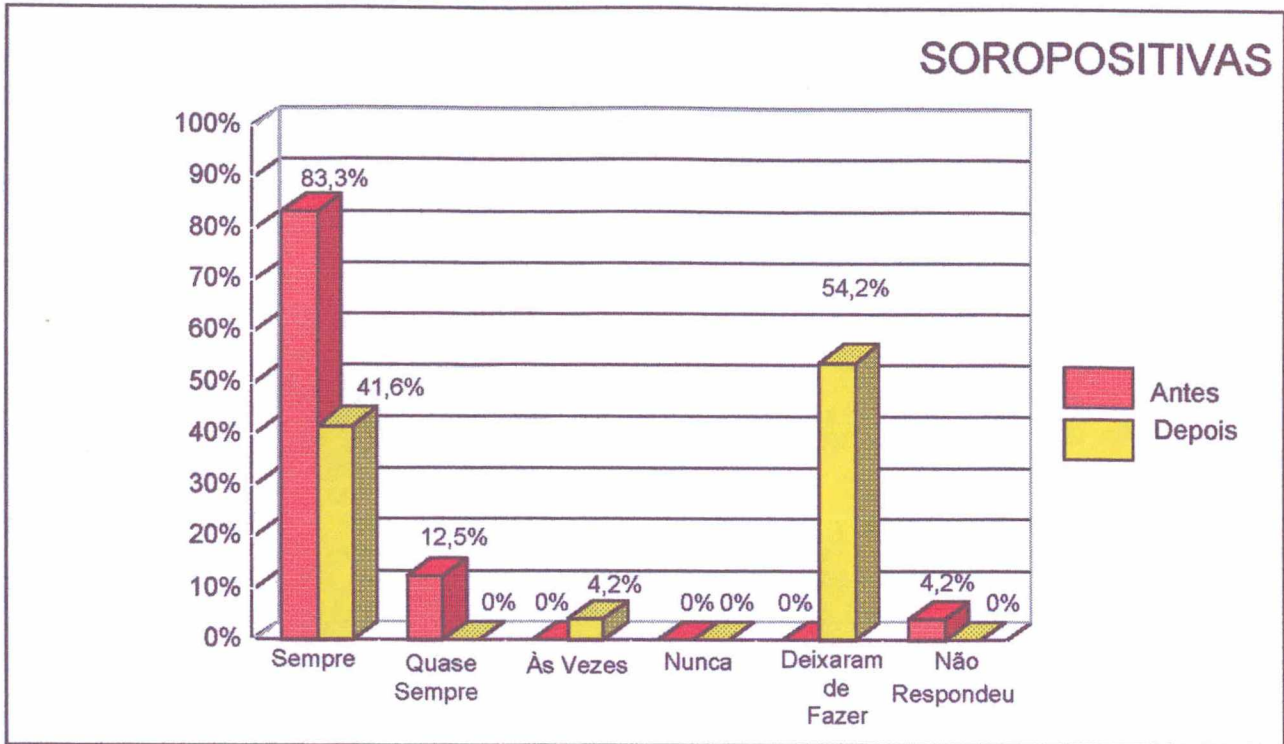


Gráfico nº 20- Sexo vaginal, segundo a condição sorológica e o conhecimento do resultado do exame.

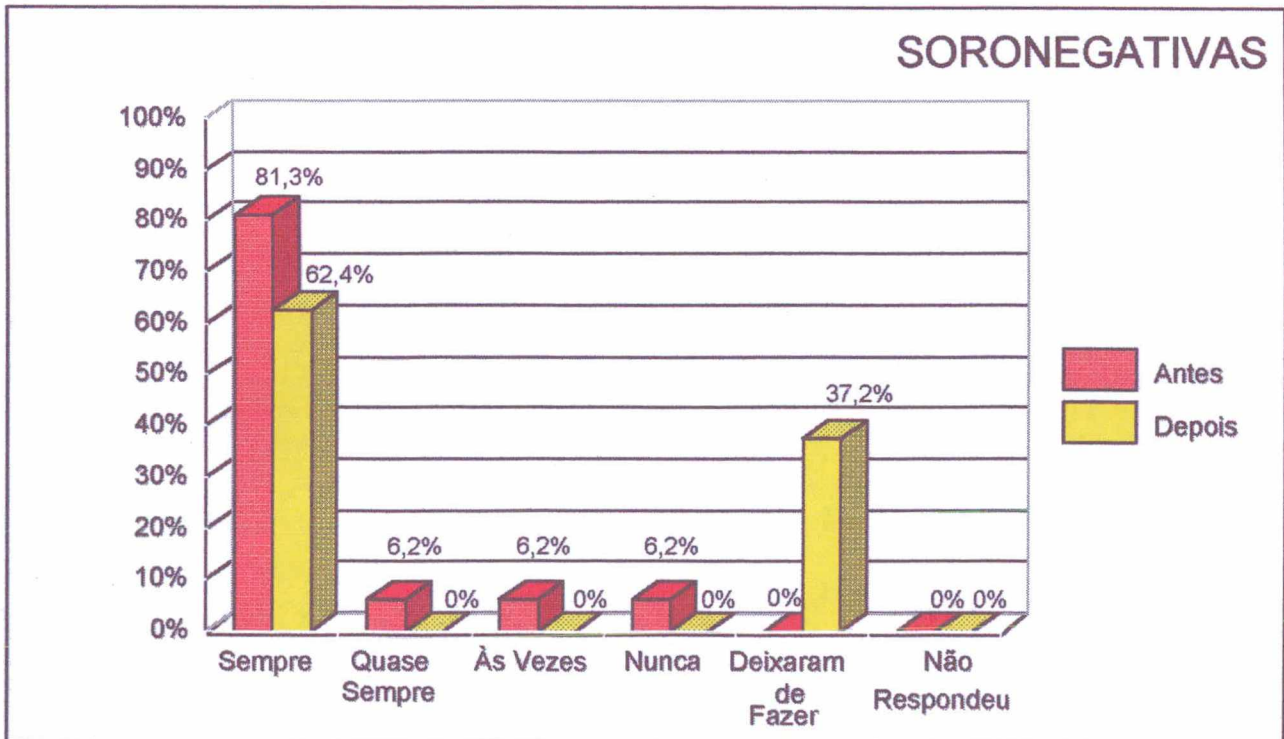


Gráfico nº 21- Sexo vaginal sempre e orgasmo, segundo a condição sorológica e o conhecimento do resultado do exame.

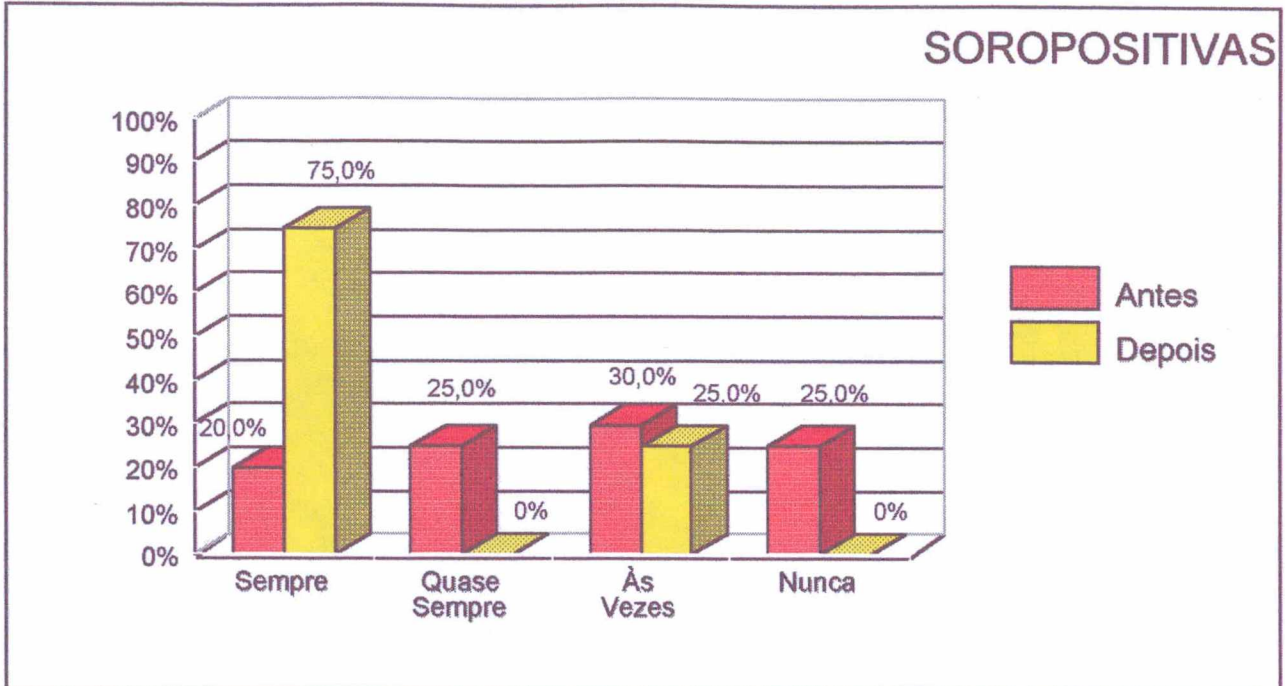


Gráfico nº 22- Sexo vaginal sempre e orgasmo, segundo a condição sorológica e o conhecimento do resultado do exame.

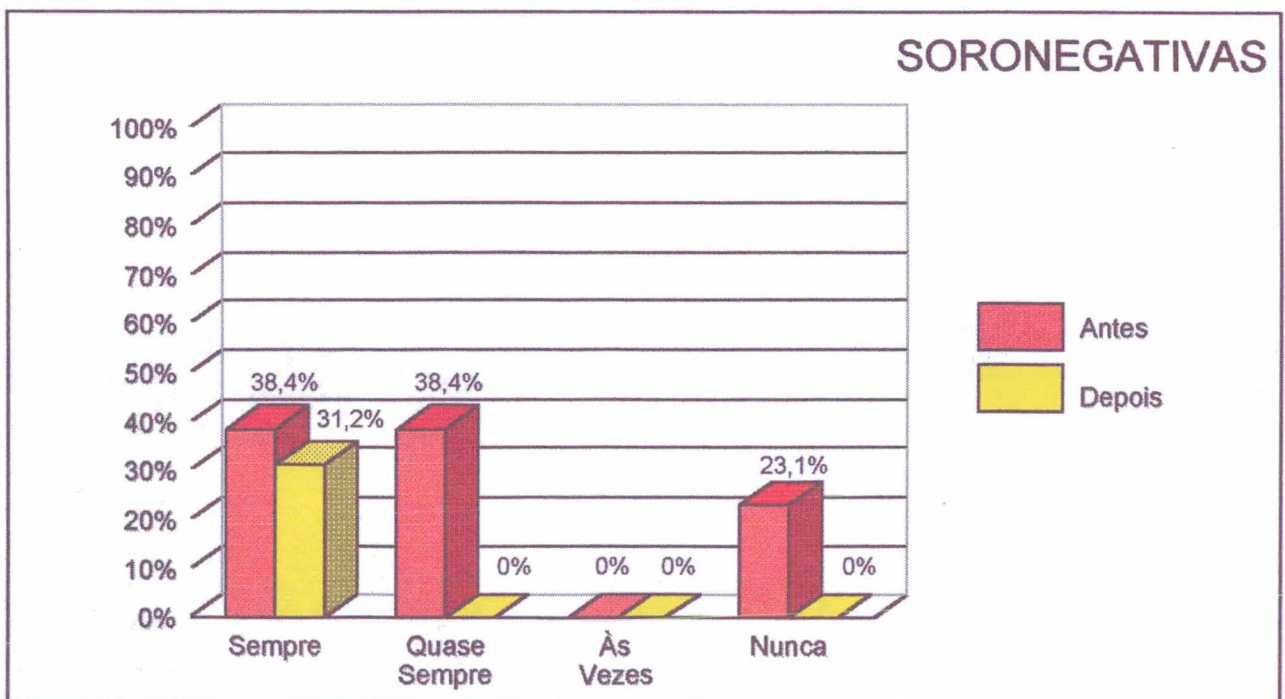


Gráfico nº 23- Sexo anal, segundo a condição sorológica e o conhecimento do resultado do exame.

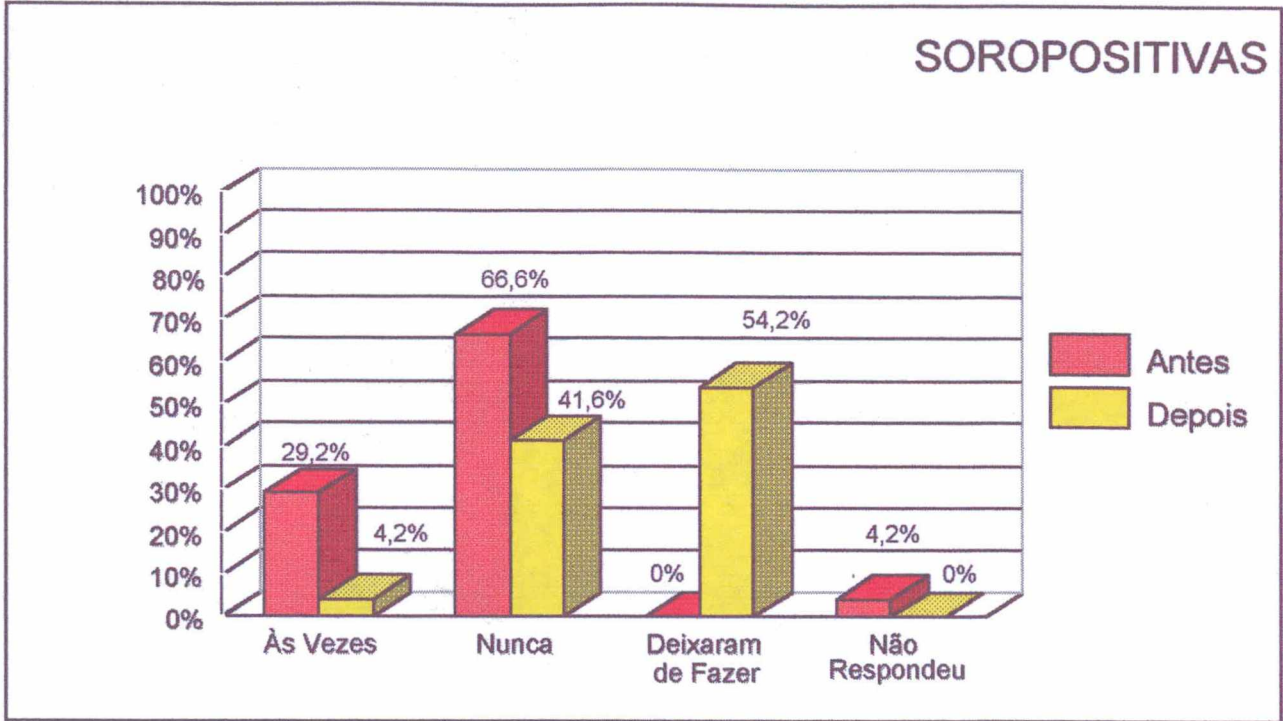


Gráfico nº 24- Sexo anal, segundo a condição sorológica e o conhecimento do resultado do exame.

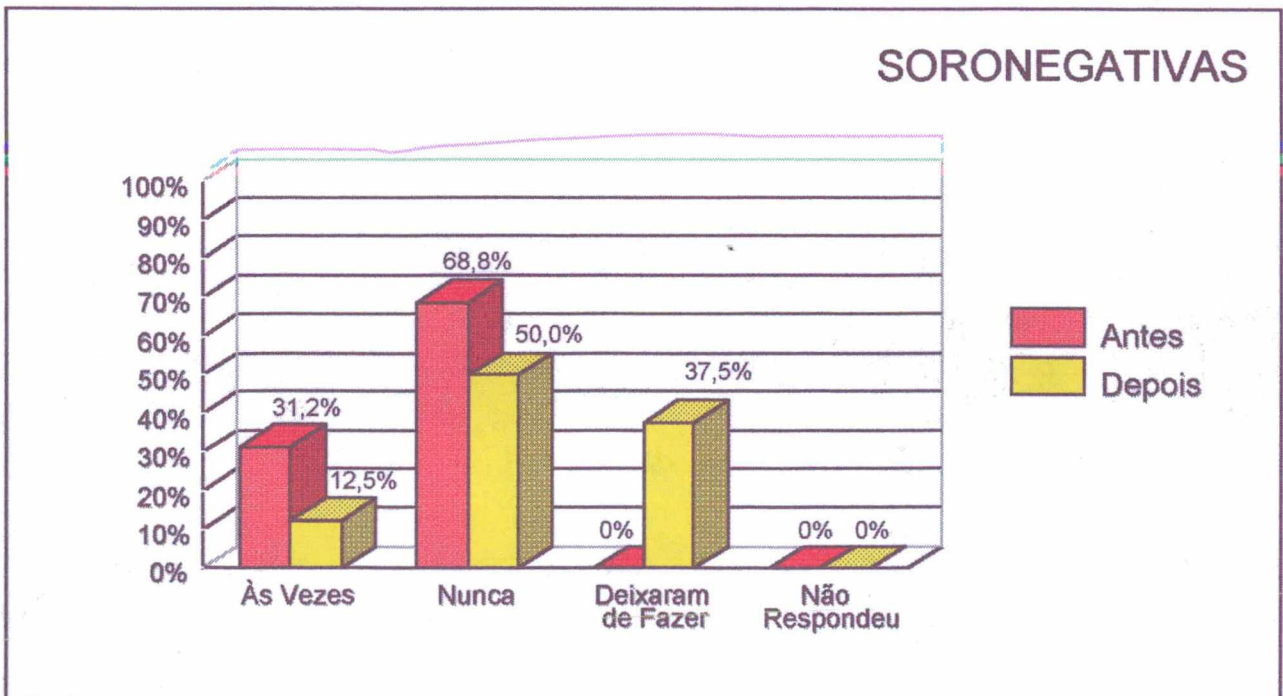


Gráfico nº 25- Sexo vaginal com o uso de Preservativo, segundo o conhecimento do resultado do exame.

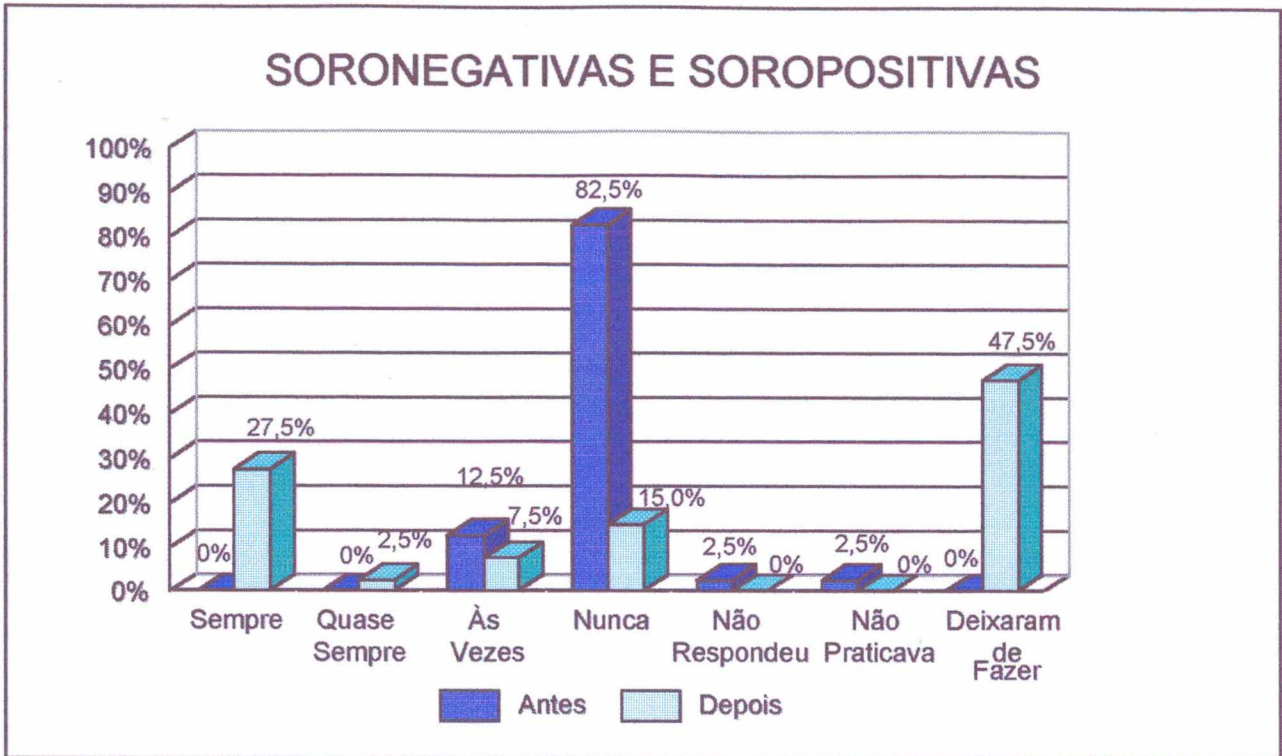


Gráfico nº 26- Sexo anal com o uso de Preservativo, segundo o conhecimento do resultado do exame.

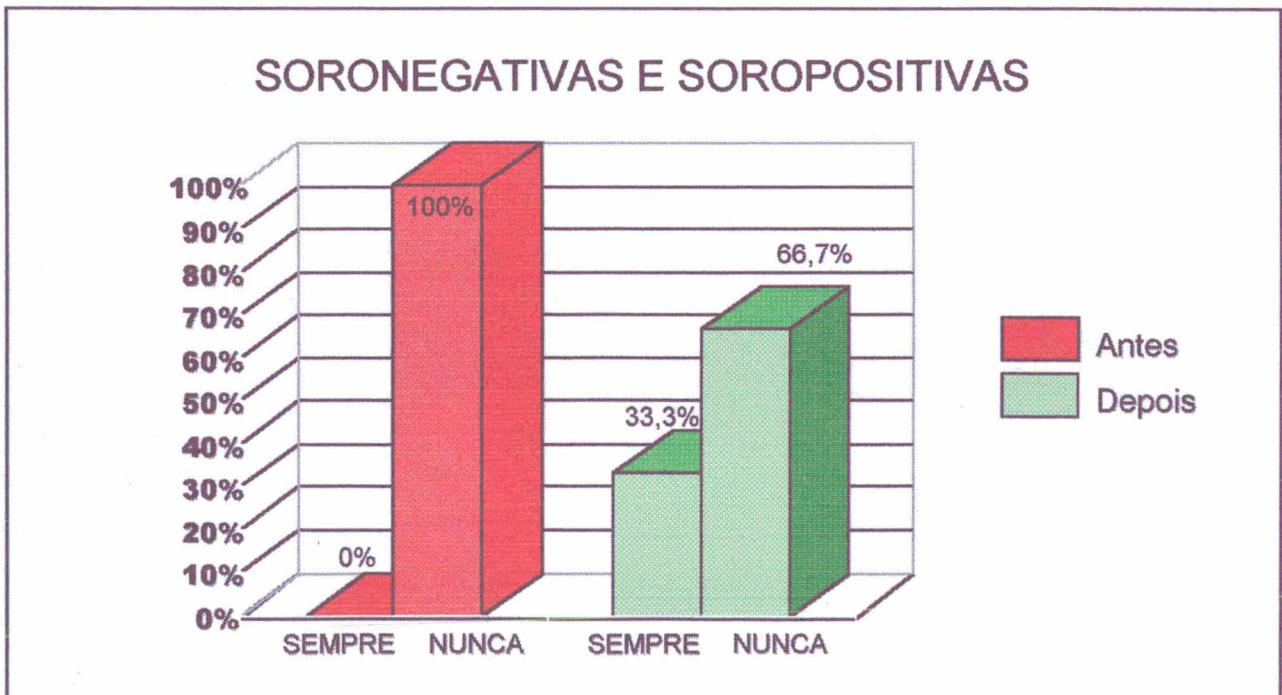


Gráfico nº27- Carícia em geral , segundo a condição sorológica e o conhecimento do resultado do exame.

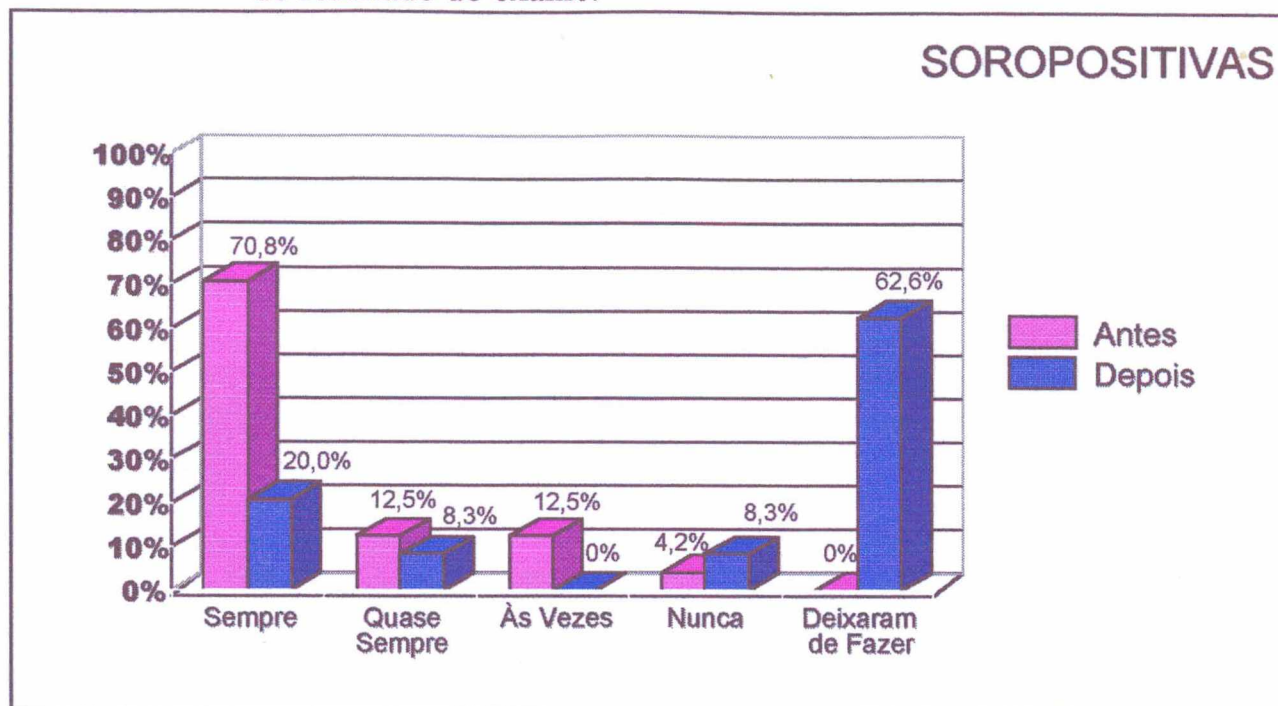


Gráfico nº28- Carícia em geral , segundo a condição sorológica e o conhecimento do resultado do exame.

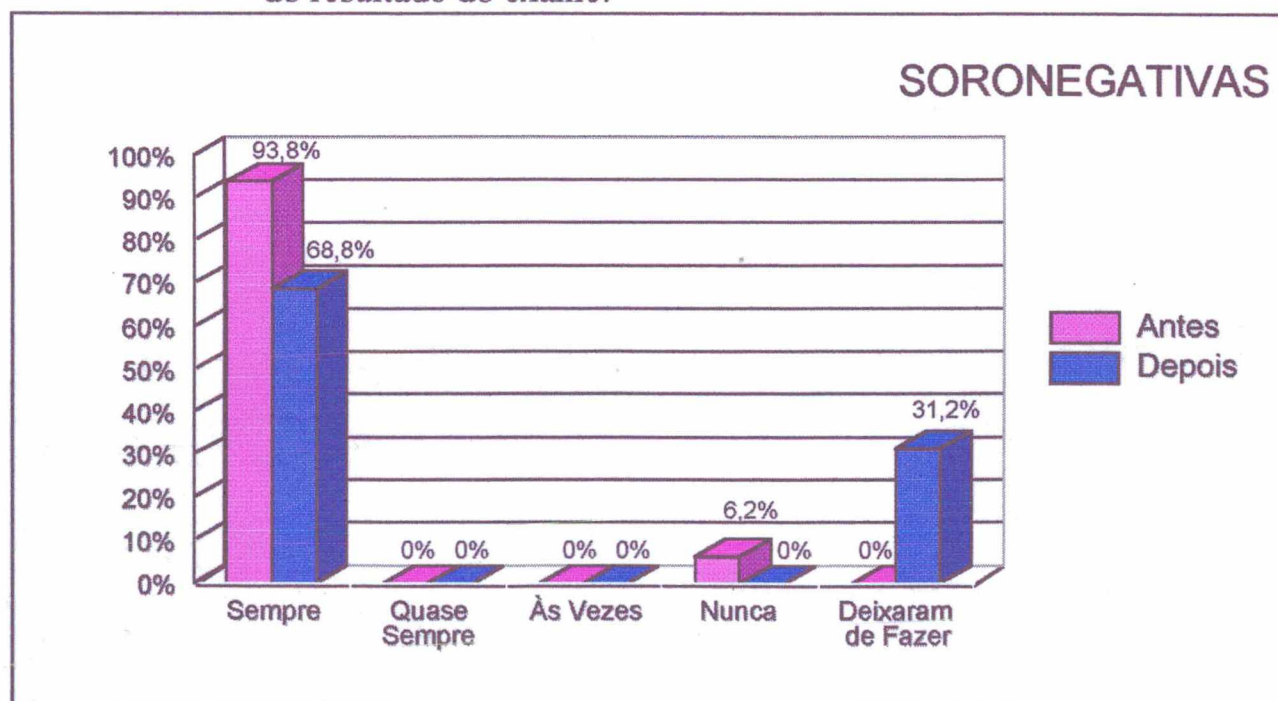


Gráfico nº 29- Doenças sexualmente transmissíveis, segundo a condição sorológica e o conhecimento do resultado do exame.

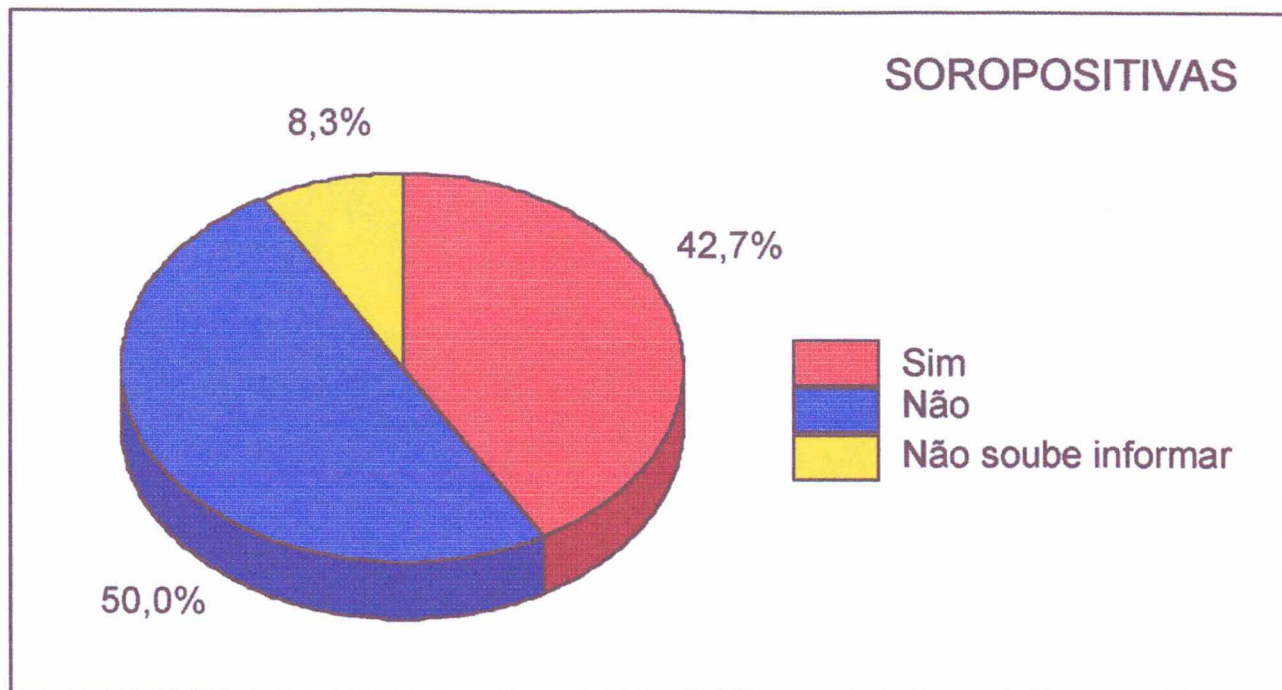


Gráfico nº 30- Doenças sexualmente transmissíveis, segundo a condição sorológica e o conhecimento do resultado do exame.

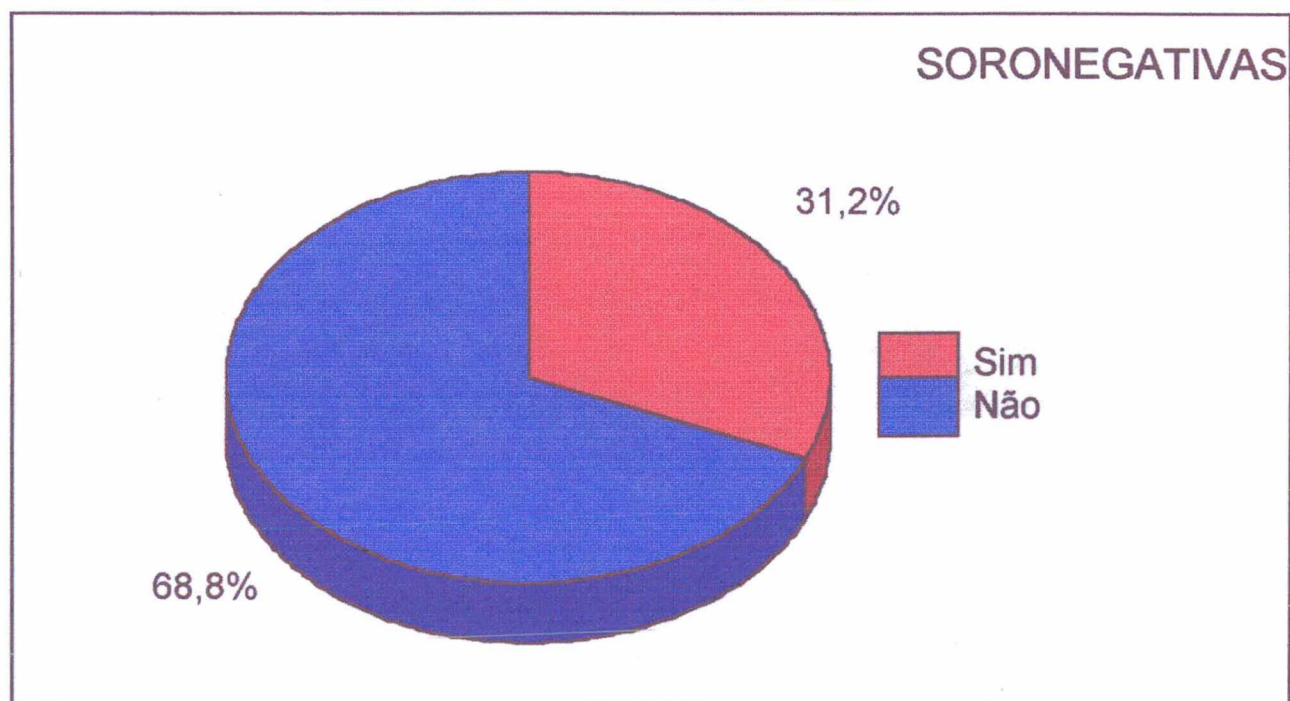


Gráfico nº 31- Prevenção de Câncer Uterino e Lesão de Colo de Útero, segundo a condição sorológica.

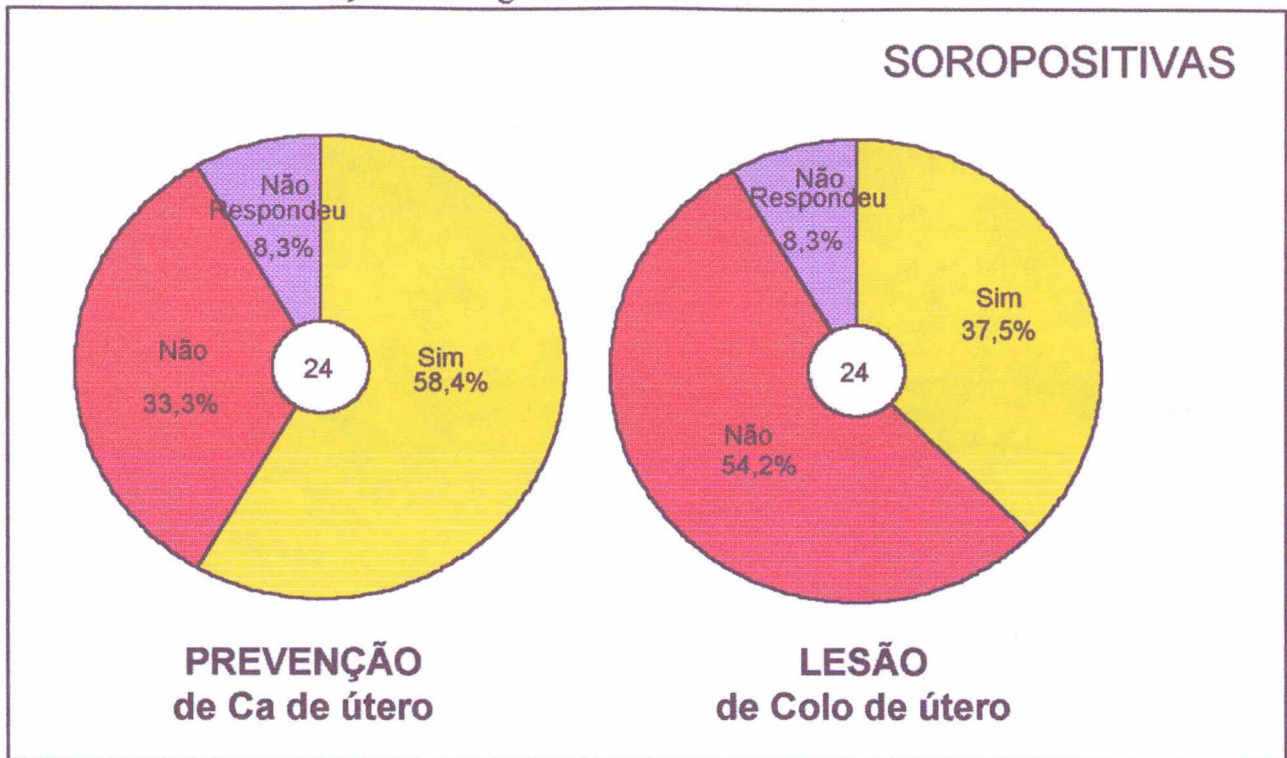


Gráfico nº 32- Prevenção de Câncer Uterino e Lesão de Colo de Útero, segundo a condição sorológica.

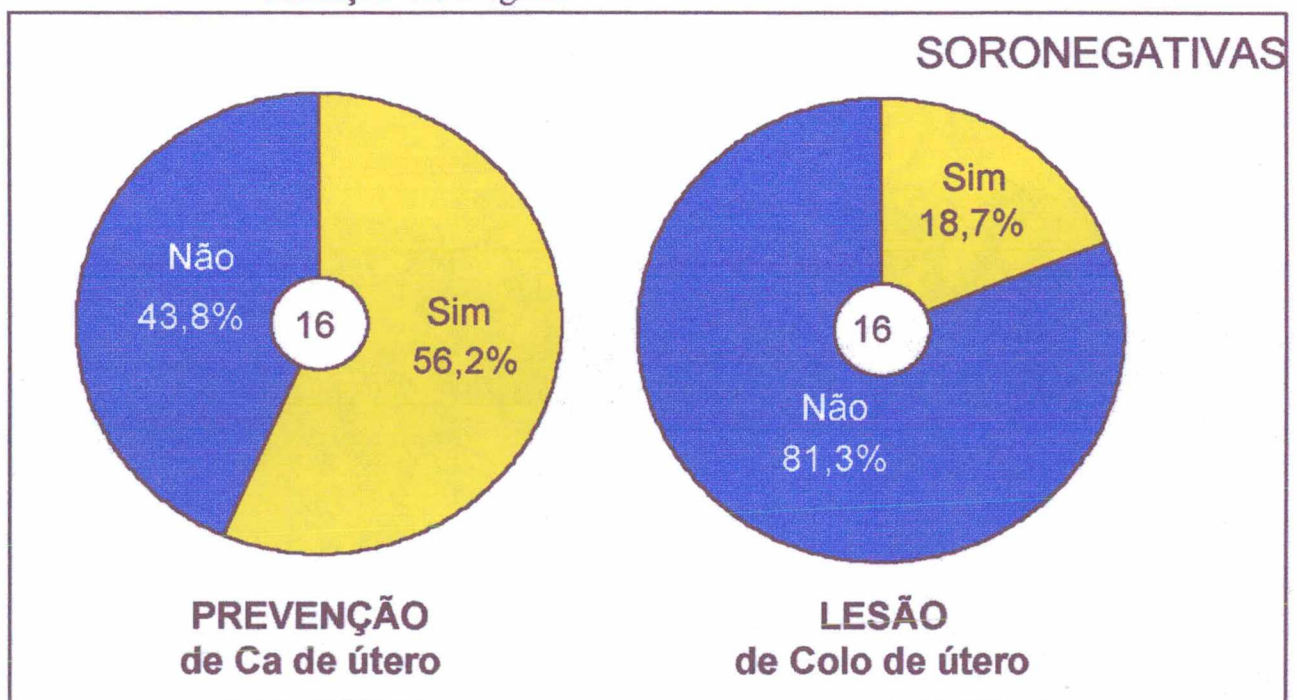


Gráfico nº 33- Uso de anticoncepcional oral, segundo a condição sorológica.

