

MULHERES MONOGÂMICAS E SUAS PERCEPÇÕES QUANTO À VULNERABILIDADE A DST/HIV/AIDS

MONOGAMIC WOMEN AND THEIR PERCEPTIONS ABOUT THEIR VULNERABILITY TO DST/HIV/AIDS

Tatiane G Guedes¹, Escolástica Rejane F Moura², Andressa N de Paula³,

Nancy Costa de Oliveira⁴, Rebeca PR Vieira⁵

RESUMO

Introdução: o HIV/aids é considerado uma epidemia mundial e atualmente segue quatro tendências: heterossexualização, interiorização, pauperização e feminização. A mulher está especialmente vulnerável a esta epidemia, considerando suas características biológicas e anatômicas específicas, além da pressão exercida pelos parceiros, levando-as a ter um poder de escolha e de tomada de decisão nas relações afetivo-sexuais e reprodutivas, submetendo-se conscientemente a situações de risco para aquisição das DST/HIV/aids. **Objetivo:** verificar a porcentagem de DST/HIV/aids em mulheres monogâmicas, conhecer as percepções destas quanto à vulnerabilidade aos mesmos agravos e identificar fatores protetores às DST/HIV/aids no grupo estudado. **Métodos:** estudo transversal, descritivo-exploratório, realizado com 27 mulheres, em abril e maio de 2008, no ambulatório de DST/HIV/aids de um hospital universitário de Fortaleza – CE. **Resultados:** vinte e quatro (88,9%) mulheres encontravam-se na fase reprodutiva (21 a 49 anos); 16 (59,3%) tinham o ensino médio; e 14 (51,9%) não tinham renda própria, dependendo financeiramente dos seus parceiros. Sete (26,0%) não detinham conhecimento sobre as formas de transmissão das DST/HIV/aids. Somente seis (22,2%) usavam o preservativo masculino “sempre” e 26 (96,3%) afirmaram não uso de drogas injetáveis. Dezesesseis mulheres (59,2%) percebiam-se sem risco para DST/HIV/aids, sendo a justificativa mais frequente a confiança no parceiro único, com 12 (44,4%). **Conclusão:** promoção do sexo seguro junto às mulheres monogâmicas deve trazer como foco a vulnerabilidade às DST/HIV/aids, visto que essas mulheres podem estar se relacionando com um parceiro que é bigamo.

Palavras-chave: doenças sexualmente transmissíveis (DST), mulheres, percepção, vulnerabilidade

ABSTRACT

Introduction: the HIV/aids is considered as a world epidemy and it currently follows four tendencies: heterosexualization, interiorization, pauperization and feminization. The woman is especially vulnerable to this epidemy, considering its specific biological and anatomic characteristics, besides the pressure done by the partners, leading them to have a power of choice in the affective-sexual and reproductive relations, submitting themselves unconsciously to risky situations to get DST/HIV/aids. **Objectives:** to verify the percentage of DST/HIV/aids in monogamic women; to know their perceptions concerning their vulnerability to the same damages; and to identify protective factors to the DST/HIV/aids in the group studied. **Methods:** transversal, descriptive-exploratory study, conducted with 27 women, in April and May, 2008, in the first aid post of DST/HIV/aids of a University Hospital in Fortaleza-CE. **Results:** twenty-four (88.9%) women were in the reproductive phase (21 to 49 years old); 16 (59.3%) had high school; and 14 (51.9%) did not have their own salary, depending financially on their partners. Seven did not have knowledge about the ways of transmittion of DST/HIV/aids. Only six (22.2%) used the male condoms “always” and 26 (96.3%) affirmed non-use of injectable drugs. Sixteen women (59.2%) noticed themselves without risk for DST/HIV/aids, being the most frequent justification the confidence in the only partner, with 12 (44.4%). **Conclusion:** promotion of safe sex together with monogamic women should focus on the vulnerability to DST/HIV/aids, as these women might be having a relationship with a bigamist.

Keywords: sexually transmitted disease (STD), women, perception, vulnerability

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que ocorram, a cada ano, no mundo, 333 milhões de casos novos de doenças sexualmente transmissíveis (DST) curáveis, em pessoas de 15 a 49 anos. O número de casos de aids também é alarmante. Até 2004, 18 milhões de vidas já haviam sido ceifadas e 43 milhões de pessoas eram portadoras do HIV ou estavam vivendo com aids, ocorrendo, por ano, cerca de cinco milhões de novas infecções¹.

No Brasil, até 2004, 10 milhões de pessoas eram portadoras de alguma DST¹. Quanto ao HIV/aids, até junho de 2006, aproximadamente 433 mil casos haviam sido notificados desde o primeiro registrado no país, em 1980. No estado do Ceará, até maio de 2007, foram diagnosticados 7.366 casos de HIV/aids, em que 28,5% fo-

ram em mulheres². Ressalta-se que, no Brasil, apenas a sífilis congênita e a aids são DST de notificação compulsória, o que gera uma inexistência de dados fidedignos sobre a real prevalência das DST no país¹.

Na atualidade, a epidemia de HIV/aids segue quatro tendências: heterossexualização, interiorização, pauperização e feminização³. Estudo realizado com o objetivo de analisar o perfil epidemiológico da aids a partir dos casos notificados ao Ministério da Saúde, no período de 1991 a 2000, demonstrou correlação entre a ocorrência de casos de infecção por HIV/aids na população de baixa escolaridade e a pauperização da epidemia. Os resultados do mesmo estudo reconheceram a feminização da epidemia, uma tendência preocupante considerando as consequências advindas, como o aumento da morbidade e da mortalidade perinatal, a diminuição da fertilidade e o aumento da transmissão vertical⁴. A taxa de transmissão do HIV de homem para mulher é duas a três vezes maior que a da mulher para o homem, assertiva feita com base em características biológicas e anatômicas femininas⁵. A mucosa genital feminina é menos espessa, tem maior superfície de contato e é de difícil acesso para a higienização. Ademais, o sêmen contaminado pelo HIV tem maior concentração de vírus que a secreção vaginal⁶.

¹ Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará.

² Enfermeira. Prof^ª Dr^ª Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

³ Enfermeira da Estratégia Saúde da Família do município de Senador Pompeu – CE

⁴ Enfermeira da Estratégia Saúde da Família do município de Fortaleza – CE. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará.

⁵ Acadêmica do 8º semestre de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Bolsista de iniciação científica FUNCAP/UFC.

O mesmo autor acrescenta que a vulnerabilidade feminina também está associada à opressão vivenciada por parte das mulheres com relação aos seus parceiros, tendo baixo poder sobre as escolhas e decisões nas relações afetivo-sexuais, submetendo-se conscientemente a situações de risco para a aquisição de DST/HIV/aids.

Outro fator que contribui para a feminização é o mito do relacionamento estável, que ultrapassa a crença pessoal das mulheres, atingindo, também, os profissionais de saúde, uma vez que muitos não atribuem risco de infecção às mulheres monogâmicas. Embora a monogamia seja considerada um fator de proteção a DST/HIV/aids, atribuir vulnerabilidade à contaminação apenas às mulheres com múltiplos parceiros é um equívoco, pois a mulher pode ser monogâmica, mas seu parceiro ter parceria múltipla, mantendo-a vulnerável. Estudo realizado com 25 mulheres portadoras de HIV/aids detectou que mais da metade das mulheres infectadas tinha parceria fixa ou era viúva⁷. Portanto, a monogamia é um comportamento que reduz DST/HIV/aids, mas desde que vivenciada pelo casal^{5,8,9}.

O uso regular de preservativo constitui um outro fator de proteção contra DST/HIV/aids, atitude que sofre influência da estabilidade no relacionamento, ou seja, varia conforme seja a parceria, fixa ou eventual. Na faixa etária de 15 a 54 anos, a percentagem de uso de preservativo com parceiro eventual é de 51,5% e com parceiro fixo é de 24,9%¹⁰. Essa variação é determinada pelo sentimento de confiança que se estabelece na maioria dos relacionamentos fixos. A crença de conhecimento do parceiro e da fidelidade do mesmo contribui para a despreocupação em se proteger. Em contrapartida, é atribuída à parceria eventual a desconfiança, com o uso mais frequente de preservativo.

OBJETIVO

Em face ao exposto, decidiu-se pela realização do presente estudo com o objetivo de verificar a porcentagem de DST/HIV/aids em mulheres monogâmicas, conhecer percepções destas quanto à vulnerabilidade aos mesmos agravos e identificar fatores protetores a DST/HIV/aids no grupo estudado.

MÉTODOS

Estudo transversal, descritivo-exploratório realizado em ambulatório de DST/HIV/aids de um hospital Universitário do Sistema Único de Saúde de Fortaleza – CE. A amostra foi constituída por mulheres em acompanhamento para DST/HIV/aids com idade de 18 anos ou mais, que tinham vida sexual ativa, eram monogâmicas e frequentavam o referido serviço no período definido para a coleta de dados, ou seja, abril e maio de 2008. Para este estudo, a monogamia foi definida como sendo ter um único parceiro sexual nos últimos 12 meses.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista estruturada aplicada a todas as mulheres atendidas no período predeterminado e que se incluíram nos critérios estabelecidos, todavia a amostra ficou restrita (n = 27) ao curto período dedicado à coleta de dados, pelo fato de este trabalho constituir um estudo de monografia, com tempo predefinido para a conclusão, o que reconhecemos como um fator limitante do estudo.

Os dados quantitativos foram organizados em tabelas, contendo frequência absoluta e relativa e receberam tratamento estatístico

univariado. Depoimentos significativos das participantes, para cada um dos objetivos, foram recortados e apresentados para ilustrar e fortalecer a interpretação dada pelos autores aos resultados.

Foram seguidas as recomendações da Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (COMEPE), obtendo parecer favorável conforme protocolo nº 015/08. As participantes, após serem informadas sobre os objetivos da pesquisa e seus aspectos gerais, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordando em participar voluntariamente do estudo, sendo-lhes dada a garantia do seu anonimato e o direito às informações acerca da pesquisa.

RESULTADOS

De acordo com a **Tabela 1**, a idade das participantes variou dos 21 aos 67 anos, com predomínio da faixa dos 21 aos 49 anos, correspondendo a 24 (88,9%) das participantes em plena idade reprodutiva. A maior escolaridade encontrada no grupo foi o ensino médio, com 16 (59,3%). Além disso, 14 (51,9%) afirmaram não contribuir diretamente na renda familiar, dependendo financeiramente dos parceiros.

Tabela 1 – Distribuição do número de mulheres monogâmicas segundo características demográficas e socioeconômicas. Ambulatório de DST/HIV/aids – HUWC, abril-maio de 2008, Fortaleza-CE.

Características Demográficas e Socioeconômicas (n = 27)	n	%
Idade (em anos)		
21-49	24	88,9
50-60	2	7,4
61-67	1	3,7
Escolaridade		
Sabe ler e escrever	1	3,7
Ensino fundamental	10	37,0
Ensino médio	16	59,3
Renda gerada pela mulher (em salário mínimo)		
Sem renda	14	51,9
Até 2	12	44,4
Mais de 2	1	3,7

A **Tabela 2** mostra que sete (26,0%) das mulheres não detinham conhecimento sobre as formas de transmissão de DST/HIV/aids antes de serem acometidas por uma ou mais das respectivas patologias. Apesar de não constar na **Tabela 2**, destaca-se que três (11,1%) das entrevistadas, no momento da pesquisa, recebiam acompanhamento de DST recorrente. HIV/aids, sífilis e HPV foram as DST mais frequentes no grupo pesquisado, sobressaindo HIV/aids.

Conforme a **Tabela 3**, das 14 mulheres cujos parceiros usavam o preservativo masculino, oito (57,2%) usavam “às vezes”, mantendo-se, pois, em vulnerabilidade a DST/HIV/aids. O não uso de drogas injetáveis como fator protetor a DST/HIV/aids mostrou-se elevado, confirmado por 26 (96,3%) das participantes, que incluíram seus parceiros no mesmo comportamento.

Tabela 2 – Distribuição do número de mulheres monogâmicas segundo o conhecimento sobre as formas de transmissão de DST/HIV/aids e o histórico pessoal dessas patologias. Ambulatório de DST/HIV/aids – HUWC, abril-maio de 2008, Fortaleza – CE.

Variáveis (n = 27)	n	%
Ter conhecimento sobre as formas de transmissão de DST/HIV/aids		
Sim	20	74,0
Não	7	26,0
Histórico pessoal de DST		
HIV/aids	10	37,0
Sífilis	8	29,7
HPV	3	11,1
Herpes genital	2	7,4
Tricomoníase e candidíase	2	7,4
Hepatite C	1	3,7
HIV/aids e herpes genital	1	3,7

Tabela 3 – Distribuição do número de mulheres monogâmicas de acordo com fatores de proteção para DST/HIV/aids. Ambulatório de DST/HIV/aids – HUWC, abril-maio de 2008, Fortaleza – CE.

Variáveis	n	%
Tempo de parceria fixa (n = 27)		
3 meses a 6 anos	14	51,9
6 a 11 anos	6	22,2
12 a 17 anos	4	14,8
18 a 25 anos	3	11,1
Uso de preservativo (n = 15)	14	51,8
Sempre	6	46,7
Às vezes	8	53,3
Não uso de drogas injetáveis pela mulher ou pelo parceiro (n = 26)	26	96,3

A **Tabela 4** revela que o número de mulheres com parceiros utilizando preservativo masculino “sempre” passou de cinco (35,7%) para 12 (75%) após o acometimento da mulher por DST/HIV/aids, reduzindo, obviamente, o número de mulheres com parceiros utilizando o mesmo método “às vezes”, passando de nove (64,3%) para 4 (25%). Esse achado nos fez questionar: seria o acometimento por DST/HIV/aids um fator que fortalece o poder de negociação das mulheres para que seus parceiros adotem o uso de preservativo? Essa adesão seria temporal? Deixamos essas reflexões para que estudos futuros possam explorá-las.

É importante destacar que parte das mulheres passou a adotar outras medidas protetoras a DST/HIV/aids após o diagnóstico pessoal de uma destas patologias, como três (11,1%) reduziram o número de relações com o companheiro e duas (4,7%) optaram pela abstinência sexual. Ainda, 12 mulheres não apresentaram nenhuma mudança de comportamento após o diagnóstico de uma DST, relatando justificativas como: antes já mantinha o uso da camisinha em todas as relações, já não tinha relação sexual com o companheiro; ou mesmo não a interessava mudar de comportamento.

Na **Tabela 5**, referente à autoavaliação da vulnerabilidade, foram adotados os parâmetros: sem risco, baixo risco, alto risco e

Tabela 4 – Distribuição do número de mulheres monogâmicas com DST/HIV/aids conforme uso de preservativo masculino antes e depois de ser acometidas por algumas dessas patologias. Ambulatório de DST/HIV/aids - HUWC, abril-maio de 2008, Fortaleza-CE

Variáveis	Antes de ter DST/HIV/aids (n = 14)		Depois de ter DST/HIV/aids (n = 16)	
	n	%	n	%
Uso do preservativo				
Sempre	5	35,7	12	75,0
Às vezes	9	64,3	4	25,0

muito alto risco. Nenhuma das mulheres do presente estudo considerou que seu comportamento era de muito alto risco para DST/HIV/aids. Significativa parcela das mulheres, ou seja, 16 (59,2%), não se percebia em risco, porém o fato de estarem com diagnóstico de DST/HIV/aids assegura que as mesmas estavam expostas ao risco. As outras 12 (44,4%) admitiram ter algum risco, sendo que seis (22,2%) se autoavaliaram com baixo risco e outras seis, em alto risco. Entre as 16 (59,2%) mulheres que se autoavaliaram sem risco, 12 (44,4%) justificaram pela confiança no parceiro e entre as seis (22,2%) que se autoavaliaram em alto risco, a desconfiança no parceiro.

Tabela 5 – Distribuição do número de mulheres monogâmicas quanto à percepção de vulnerabilidade a DST/HIV/aids. Ambulatório de DST/HIV/aids – HUWC, abril-maio de 2008, Fortaleza – CE

Autoavaliação (n = 27)	n	%
Sem risco		
Confiança no parceiro	16	59,2
Relacionamento com pessoas saudáveis	12	44,4
Parceiro com idade avançada	1	3,7
Pensar que as DST são doenças de famosos	1	3,7
Baixo risco		
Uso do preservativo	5	18,5
Pouco tempo de relacionamento	3	11,1
Número reduzido de relações sexuais	1	3,7
Alto risco		
Desconfiança/infidelidade do parceiro	6	22,2
	6	22,2

DISCUSSÃO

Estudo realizado em Campinas-SP, com 249 mulheres, ressaltou as implicações das DST na faixa etária reprodutiva, sendo responsáveis, em parte, por diminuição ou perda da fertilidade, aumento da morbidade e da mortalidade perinatal e materna, neoplasias de colo uterino, vulva, vagina, até o óbito. Essas implicações podem ser uma ameaça para 24 (88,9%) das mulheres participantes da nossa pesquisa, que estavam com DST/HIV/aids em plena idade reprodutiva. Outro aspecto que merece discussão diz respeito a uma mulher com DST aos 67 anos, uma vez que a sexualidade entre os idosos é considerada ausente no senso comum e até mesmo por parte de profissionais da saúde¹¹, condição que deve ser revista, marcadamente, pelos profissionais que lidam com a clientela nessa faixa etária. Quer dizer, é preciso que tanto os profissionais de saúde quanto a população superem o mito de que a atividade sexual não ocorre na terceira idade ou de que essa faixa etária está livre

de DST/HIS/aids. Ademais, afirma-se que mulheres mais jovens detêm maior conhecimento sobre DST/HIV/aids, comparadas às mulheres com idade mais avançada¹⁰, o que corrobora o depoimento da participante 20, de 67 anos: “Antigamente ninguém ouvia falar nisso [referindo-se às DST]”. Uma outra participante que se autoavaliou sem risco para as DST/HIV/aids justificou sua resposta pelo fato de seu parceiro “ter idade avançada”.

Pesquisas afirmam que quanto menor a escolaridade, maior a prevalência de DST^{4,8,12}. Entretanto, no grupo investigado, a escolaridade mostrou-se relativamente elevada, contrariando, portanto, a assertiva comumente propagada na literatura científica, de que há associação direta entre DST e baixa escolaridade. Esse resultado, todavia, pode ser justificado no tamanho reduzido da amostra, não permitindo maior inferência, até porque não realizamos testes estatísticos de associação entre variáveis.

O diagnóstico de determinada DST ou da soropositividade para o HIV pode influenciar a condição de trabalho da pessoa acometida. A esse respeito, a participante 14, de 40 anos revelou: “Descobri que tinha o HIV há 3 anos, e com esse atual parceiro estou há pouco tempo, mas ele não sabe que eu tenho a infecção. Eu não conto porque se ele me deixar não tenho como me manter e depois que descobri “isso” [a soropositividade] não tenho coragem de trabalhar”. Portanto, o medo de afirmar que é portadora do HIV acentua sua dependência financeira com relação ao companheiro, pois o diagnóstico do HIV a afasta do trabalho. Com o medo de assumir a soropositividade e não ser aceito socialmente, o indivíduo portador do HIV vive, muitas vezes, a redução de seus atributos e a impossibilidade de se relacionar social e profissionalmente¹³.

É importante destacar que o trabalho doméstico é uma forma indireta de a mulher contribuir com a renda familiar, no entanto, esta não tem a percepção do valor de sua árdua tarefa cotidiana. Estudo defende que o trabalho domiciliário influencia diretamente no orçamento familiar, na medida em que a mulher administra os bens adquiridos¹⁴. A dependência econômica das mulheres contribui para as relações desiguais de poder entre os gêneros e, por consequência, seu poder de negociação com o parceiro, na proteção contra as DST, mostra-se reduzido⁸.

Mesmo nos dias atuais, com os meios de comunicação em massa propagando as formas de proteção a tais agravos e com o assunto sendo discutido mais abertamente por escolas, serviços de saúde e outras instituições afins, ainda persistem pessoas carentes dessas informações. A participante 5, de 27 anos, enfatizou: “Eu não tinha conhecimento mesmo [referindo-se às DST], por isso não podia nem imaginar. Estudo realizado com 90 adolescentes revelou que a maior parte desconhecia a sífilis, o herpes genital, a gonorreia e o HPV, apesar de representarem as mais comuns dentre as DST¹⁵”.

Em face ao exposto, é relevante que a atenção básica de saúde invista nessa área do cuidado, no sentido de adotar medidas sistêmicas de educação em saúde voltadas a essa temática, abrindo espaço para que o indivíduo, a família e a comunidade tenham acesso às informações adequadas para a adoção de práticas de sexo seguro, exercendo a corresponsabilidade na prevenção e no enfrentamento das DST.

Sobre a ocorrência das DST no grupo pesquisado, questiona-se: quais medidas os serviços de saúde que lidam com essa área do

cuidado têm adotado para amenizar esse desfecho? Nesse contexto, sugerimos que outros estudos possam ser desenvolvidos para esse objeto de estudo. É importante que as informações acerca das DST sejam oferecidas às pessoas saudáveis, como também às que já foram acometidas, tanto para uma futura proteção quanto para interromper a cadeia de transmissão dessas patologias.

A maior frequência de casos de HIV/aids, sobressaindo-se das demais DST, no grupo estudado, pode estar associada ao local do estudo, o qual corresponde a uma unidade de referência para o seguimento de tais pacientes. Portanto, não se pode inferir que esta seja a DST mais prevalente. Em âmbito nacional, todavia, as DST de maior incidência são a clamídia e a gonorreia¹⁶.

É necessário não apenas propagar o uso do preservativo masculino, mas propagar o uso deste em todas as relações sexuais, visto que em qualquer relação os riscos de contrair alguma DST/HIV/aids estão presentes. O não uso de drogas injetáveis foi praticamente unânime, o que confere uma boa proteção ao HIV/aids e à hepatite B, DST que poderiam ser contraídas por essa prática. Esse achado não pode ser generalizado, devido ao tamanho reduzido da amostra. Embora seja atribuído um alto risco de contaminação por DST/HIV/aids aos usuários de drogas injetáveis, há uma redução de danos e da prevalência de infecção pelo HIV nesse grupo, nos últimos 10 anos¹⁷.

O fato de as mulheres manterem relações sexuais sem uso de preservativo masculino pelos parceiros, pode, em parte, ser justificado pela confiança e a intimidade construídas ao longo dos anos de convívio, e até mesmo pelo comodismo adquirido pelo casal em seus hábitos sexuais. A mulher confia na sua monogamia, porém esse é um comportamento a ser praticado pelo casal, pois a segurança de um não assegura a do outro, embora muitas mulheres pensem assim, como a participante 11, de 35 anos: “Eu não me relaciono com outros homens e eu acredito também que ele [referindo-se ao parceiro] não tenha nada fora de casa [referindo-se a outros relacionamentos].” Por tantas outras mulheres terem a mesma percepção, as atividades de promoção de saúde sexual e reprodutiva devem ser voltadas para o casal, alertando sobre os riscos de infecção e promovendo mudanças nas atitudes de ambos, como a de respeito e proteção pela pessoa que ama ou que se relaciona.

A monogamia é considerada um fator de proteção a DST/HIV/aids, uma vez que diminui a exposição a uma multiplicidade de parceiros, reduzindo as chances de contaminação. Quanto maior o tempo de convivência, maior a intimidade para uma negociação aberta à proteção contra as DST, como também se pode pensar que, quanto maior esse tempo, maior o sentimento de confiança e o abandono das medidas de proteção.

As mulheres que referiram alguma mudança no seu comportamento após o advento de DST/HIV/aids citaram, em sua maioria, o uso do preservativo. Como a respondente 9, de 32 anos, pronunciou: “Antes eu não usava, mas agora eu uso a camisinha”.

O uso do preservativo masculino em todas as relações sexuais é extremamente importante, pois a proteção contra DST/HIV/aids é bem maior quando usado sempre, consciência conquistada por poucas das mulheres após o diagnóstico de uma DST, seja pelas que anteriormente não usavam ou pelas que não usavam em todas as relações, dentre as quais se destaca a fala da participante 7, de

29 anos: “Agora me previno mais. Antes eu usava a camisinha, às vezes. Agora sempre uso”.

Embora tenha sido a adoção do preservativo masculino a proteção mais citada, é importante destacar que parte das mulheres passou a adotar outras medidas protetoras como: três (11,1%) reduziram o número de relações com o companheiro e duas (7,4%) optaram pela abstinência sexual. Tais modificações são observadas nas falas da participante 17, de 49 anos: “Descobri, fazem 5 anos [referindo-se ao diagnóstico de HIV], e desde que soube não tive mais nada [referindo-se à relação sexual]”; e da participante 15, de 41 anos: “Eu não tenho mais relação com ele e se eu for ter um dia vou usar a camisinha”.

Parte das mulheres não comunica aos seus companheiros o diagnóstico de DST/HIV/aids e nega a possibilidade de o parceiro apresentar a patologia, pela baixa compreensão acerca do mecanismo de transmissão das doenças, bem como os casos assintomáticos que podem estar acometendo os parceiros. Essa situação representa um dos maiores desafios à quebra da cadeia de transmissão. Sentimento exposto pela respondente 8, de 31 anos, que revelou essa realidade: “Meu marido não sabe que eu estou com DST, aí eu evito ter relação com ele porque tenho medo de passar pra ele, sabe? Ele não está sentindo nada, está todo limpinho [...]”.

A percepção de risco quanto a adquirir uma DST envolve questões como o conhecimento acerca das DST, dos meios de transmissão e das variadas formas de como esse conhecimento chega às pessoas e é assimilado. A principal justificativa dada pelas participantes para se autoavaliarem como “sem risco” para as DST/HIV/aids foi a confiança no parceiro. Nesse contexto, a respondente 22, de 31 anos, afirmou: “Achava que não [referindo-se ao risco para DST], eu tinha uma pessoa só, confiava nele” e a 19, de 53 anos: “Eu confiava nele, só tinha ele!” Corroborando as falas, autores afirmam que as mulheres que acreditam na fidelidade de seus companheiros não se percebem em risco para as DST¹⁸.

O relacionamento com parceiro saudável e pensar nas DST como doença de pessoas famosas como condição protetora contra DST/HIV/aids foram comentados pela participante 17, de 49 anos: “Sempre me relacionei com pessoas saudáveis, todos eram fortes, nenhum magro, e quando tem doença fica magro, né?” e pela participante 10, de 34 anos, respectivamente: “Sempre via esses casos na televisão e achei que só acontecia nesses atores, pessoas famosas”. Destacamos, ainda, a mulher que justificou não se perceber em risco devido à idade avançada do companheiro, descartando a possibilidade de o mesmo manter relações extraconjugais, sobre o que se chama a atenção para a tendência crescente de HIV/aids entre os idosos.

Estudo descritivo realizado com 635 mulheres afirmou que a autoavaliação “sem risco” quanto à vulnerabilidade para as DST está associada, provavelmente, ao pouco conhecimento que as mulheres possuem sobre as referidas doenças e suas formas de transmissão, mesmo sendo monogâmicas⁹.

Considerar-se em baixo risco para a aquisição de uma DST foi atribuído ao uso do preservativo, o que, provavelmente, as respondentes avaliaram na perspectiva de não utilizarem sempre ou mesmo por serem conhecedoras de que o preservativo não é 100% eficaz. As demais justificativas são preocupantes, pois reduzir o

número de relações e ter um tempo de relacionamento curto não previne DST.

A autoavaliação em alto risco foi totalmente atribuída à desconfiança no parceiro, aspecto enfatizado pela participante 13, de 38 anos: “Apesar de confiar nele, com homem nunca se sabe”. Aparentemente, a desconfiança desperta uma percepção maior ao risco, assim como a certeza da infidelidade induz uma percepção de risco acentuada, como especifica a respondente 15, de 41 anos: “Eu acho que é alto [referindo-se ao risco]. Meu marido teve relações fora de casa”.

É nesse contexto que a educação em saúde constitui ferramenta decisiva à promoção de hábitos sexuais seguros, pois a conscientização da vulnerabilidade incentivar a proteção. As mulheres monogâmicas provavelmente encontram estabilidade no relacionamento que, geralmente, atribui-lhes uma segurança e, assim, não se percebem em risco. É difícil o questionamento sobre o risco de infecção por uma DST mediante um relacionamento estável.

CONCLUSÃO

O desconhecimento das formas de transmissão das DST/HIV/aids caracterizou o grupo estudado, e um fato preocupante sob o ponto de vista dos serviços de saúde foi o de mulheres com DST recorrente, portanto que tiveram tratamento anterior concluído, sem o conhecimento e a motivação necessários à proteção. A parceria fixa foi determinada pela maioria como fator de proteção. O uso do preservativo em todas as relações foi baixo e quase metade das respondentes afirmou não fazer uso. Praticamente 100% não faziam uso de drogas injetáveis, conferindo ao grupo um fator de boa proteção contra as DST/HIV/aids.

Menos de um terço das mulheres mudaram seus hábitos sexuais após o diagnóstico de DST, apontando que mesmo com o acometimento da doença, essas mulheres não estão adotando uma prática sexual segura.

Sugerimos, pois, que os profissionais de saúde envolvidos com essa área do cuidado estejam sensíveis à percepção dessa população quanto à vulnerabilidade às DST e promovam a adoção de comportamentos sexuais seguros, afirmando que, mesmo sendo monogâmicas, o uso do preservativo é necessário para evitar DST/HIV/aids.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde (BR). Manual de Orientação DST/Aids [página na Internet]. 2004. Disponível em: <http://floraldo.sites.uol.com.br/manual-dststids.pdf> Acessado em: 18/08/2007.
2. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Informe Epidemiológico – Aids [página na Internet]. 2007 Disponível em: http://www.saude.ce.gov.br/internet/publicacoes/informestecnicos/Info_Epi_AIDS_-_jun2007.pdf Acessado em: 22/10/2008.
3. Ministério da Saúde (BR). Manual de Metas para o controle da aids de 2003-2006. Brasília (DF); 2006.
4. Rodrigues Junior AL, Castilho EA. A epidemia de AIDS no Brasil, 1991-2000: descrição espaço-temporal. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical [periódico na Internet]. 2004 Jul - Ago; [cerca de 6 telas]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v37n4/21185.pdf> Acessado em: 18/08/2007.
5. Downs AM, De Vincenzi, I. European study group in heterosexual transmission of HIV: probabiliterosexual transmission of HIV: relationship

- to number of unprotected sexual contacts. *J. Acquir Immune Defic Syndr* 1996; 11: 388-95.
6. Lisboa RCM, Souza GA. A mulher na História: inserção social, sexualidade e maternidade. *Revista de Ciências da Saúde da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA* 2002; a.2, n.1.
 7. Vermelho LL, Barbosa RHS, Nogueira AS. Mulheres com Aids: desvendando história de risco. *Caderno de Saúde Pública* [periódico na Internet]. 1999 Jun. 15(2): [cerca de 11 telas]. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v15n2/0321.pdf> Acessado em: 15/11/2007.
 8. Silveira MF, Béria JU, Horta BL, Tomasi E. Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e Aids em mulheres. *Revista de Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2002 Dez. 36(6): [cerca de 8 telas]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n6/13520.pdf> Acessado em: 18/08/2007.
 9. Jiménez AL, Gotlieb SLD, Hardy E, Zaneveld LJD. Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis em mulheres: associação com variáveis sócio-econômicas e demográficas. *Caderno de Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2001 Fev; 17(1): [cerca de 8 telas]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n1/4060.pdf> Acessado em: 20/08/2007.
 10. Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional de DST Aids. MONITORAIDS. Disponível em: <http://sistemas.aids.gov.br/monitoraids2/> Acessado em: 15/11/2007.
 11. Bahamondes LG, Cupertino CV. Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres brasileiras atendidas pela rede básica de saúde com relação às doenças de transmissão sexual. *Caderno de Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2000; 16(1): [cerca de 10 telas]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v16s1/2216.pdf> Acessado em: 01/09/2007.
 12. Brito AM, Castilho EA, Szwarcwald CL. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* [periódico na Internet]. 2001 Mar – Abr; 34(2): [cerca de 11 telas]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v34n2/a10v34n2.pdf> Acessado em: 10/06/2008.
 13. Discacciati JAC, Vilaça EL. Atendimento odontológico ao portador do HIV: medo, preconceito e ética profissional. *Revista Panamericana de Salud Pública* [periódico na Internet]. 2001 Abr [citado 2008 Jun 09]; 9(4): [cerca de 6 telas]. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v9n4/4819.pdf> Acessado em: 09/06/2008.
 14. Paulilo MIS. Trabalho familiar: uma categoria esquecida de análise. *Revista Estudos Feministas* [periódico na Internet]. 2004 Abr. 12(1): [cerca de 24 telas]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v12n1/21700.pdf> Acessado em: 10/06/2008.
 15. Doreto DT, Vieira EM. O conhecimento sobre doenças sexualmente transmissíveis entre adolescentes de baixa renda em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Caderno de Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2007 Out; 23(10): [cerca de 5 telas]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n10/26.pdf> Acessado em: 09/06/2007.
 16. Ministério da Saúde (BR). DST em números [página na Internet]. Programa Nacional de DST/Aids; 2003. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISD1F318A3PTBRIE.htm> Acessado em: 13/06/2008.
 17. Ministério da Saúde (BR). A contribuição dos Estudos Multicêntricos frente à Epidemia de HIV/Aids entre UDI no Brasil [página na Internet]. Brasília (DF); 2006.d. Disponível em: www.aids.gov.br Acessado em: 10/06/2008.
 18. Praça NS, Latorre MRDO, Hearst N. Fatores associados à percepção de risco de infecção pelo HIV por puérperas internadas *Rev. Saúde Pública* 2003; 37 (5): 543-551.

Endereço para correspondência:**TATIANE GOMES GUEDES**

Rua Ciro Monteiro, 264, apto. 403

Cambeba – Fortaleza – CE

CEP: 60822-285

Tel.: 85 8786-6460

E-mail: tatiguedes@yahoo.com.br

Recebido em: 20.04.2009

Aprovado em: 23.08.2009