

Júnia Valéria Quiroga da Cunha

**Vulnerabilidade, gênero e HIV: um estudo sobre
mulheres e homens heterossexuais, Brasil - 1998**

Belo Horizonte, MG
UFMG/ Cedeplar
2006

Júnia Valéria Quiroga da Cunha

Vulnerabilidade, gênero e HIV: um estudo sobre mulheres e homens heterossexuais, Brasil - 1998

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do Título de Doutor em Demografia.

Orientadora: Neuma Figueiredo de Aguiar

Co-orientadora: Diana Oya Sawyer

Belo Horizonte, MG
Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional
Faculdade de Ciências Econômicas – UFMG
2006

(folha de aprovação)

Aos meus pais, Maria Luiza e Guido.
Às minhas irmãs e irmãos, Guidinho, Cláudia, Sérgio, Paulo, Isa e Marito.
Às minhas sobrinhas e sobrinhos, Bruno, Thiago, Maria Clara e Gabriela.
Às minhas cunhadas e cunhado Calula, Valéria, Joana e Chassah.
Às minhas tias Maria Helena e Maria Ivette.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente à UFMG, e a todos aqueles que a integram, pelo esforço em construir e manter uma universidade pública, gratuita e de qualidade.

À FAFICH - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas e aos professores e colegas, com os quais aprendi muito durante a graduação em Ciências Sociais, agradeço pela preparação competente que já me auxiliou na conquista de diversas vitórias, tais como entrada e êxito no Programa de Pós-graduação em Demografia. À professora Neuma Aguiar, orientadora desta tese, e minha orientadora de monografia de final de curso de graduação, agradeço muito profundamente a dedicação, o carinho, a confiança e, sobretudo, agradeço o incentivo otimista diante de qualquer desafio.

Ao CEDEPLAR, expresso o meu agradecimento, e a minha admiração, pela excelência do corpo docente e da infra-estrutura que oferecem. Agradeço particularmente à professora Diana Sawyer, co-orientadora desta tese, pela confiança e apoio em diversos momentos e pela dedicação, interesse e entusiasmo que ofereceu a este trabalho.

Ainda no corpo docente do CEDEPLAR, agradeço ao professor José Alberto, meu orientador de curso, pelas “cartas de navegação” oferecidas e pelas aulas interessantes, sempre recheadas de exemplos divertidos para mostrar “a simplicidade franciscana” da Demografia. À professora Simone Wanjman, que foi minha professora na FAFICH, e cujas ótimas aulas foram determinantes para que decidisse tentar a seleção no CEDEPLAR, a ela agradeço também os comentários feitos ao projeto de tese durante a disciplina “Seminário de Tese”. Ao professor, e querido amigo, Roberto Nascimento, pela competência com que ensina e por estar sempre disponível para resolver dúvidas, para celebrar vitórias ou, simplesmente, para oferecer um sorriso (ou um caramelo daqueles que guarda no pote sempre cheio de sua sala). Aos professores Paula Miranda-Ribeiro e André Caetano agradeço a confiança depositada enquanto integrei a equipe de bolsistas do projeto SRSR - “Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça”; à Paula agradeço também pela orientação nos primeiros momentos desta tese. À Letícia Marteletto agradeço o conteúdo transmitido na disciplina “Demografia da Família” durante a qual eu desenvolvi a primeira versão do projeto desta tese.

À banca do exame de qualificação oral, pelas contribuições generosas ao projeto de tese que foram válidas mesmo com as muitas mudanças que ocorreram depois: Eduardo Rios Neto, Maria do Carmo Fonseca, Neuma Aguiar, Paula Miranda Ribeiro e Taís Freitas Santos.

Muito válidas e competentes foram também as observações realizadas pela banca de defesa desta tese, composta pelos professores Euclides Ayres de Castilho, Ignez Helena Oliva Perpétuo, Jeni Vaitsman, Maria do Carmo Fonseca e Neuma Aguiar.

À Ann Moore, por ter me apresentado o tema da negociação sexual e pela oportunidade de trabalhar no recrutamento e moderação dos grupos focais que fizeram parte da investigação que realizou, em Belo Horizonte, para a sua tese.

Às professoras Elza Berquó e Regina Maria Barbosa, agradeço a atenção dedicada à parte qualitativa deste trabalho durante a minha participação no “IX Programa de Estudos Regionalizado de Introdução à Metodologia de Pesquisa em Gênero, Sexualidade e Saúde Reprodutiva - Sul, Sudeste e Centro-oeste” coordenado pelo Núcleo de Estudos de População (NEPO/UNICAMP).

Ao Departamento de Demografia da Universidade da Califórnia em Berkeley, onde realizei o programa de doutorado sanduíche. Agradeço, particularmente, as contribuições e a disponibilidade oferecidas pela professora Jenna Johnson Hanks, que foi minha orientadora naquela instituição, pelo professor Genne Hammel, com o qual cursei a disciplina 296 (uma espécie de seminário de tese) e pelos colegas com os quais cursei tal disciplina.

Às instituições que financiaram este trabalho em diferentes etapas um agradecimento especial: FAPEMIG, por um ano de bolsa de mestrado; CAPES, por quase três anos de bolsa de doutorado e pelo programa de sete meses de doutorado sanduíche; Fundação FORD, pelo financiamento da pesquisa “Raça, gênero e vulnerabilidade entre casais: negociação sexual e prevenção de DST’s/AIDS em uniões heterossexuais em comunidades faveladas de Belo Horizonte – MG” realizada no âmbito do já citado Programa de Metodologia de Pesquisa em Gênero, Sexualidade e Saúde Reprodutiva.

A Jenni Vaitsman e Rômulo Paes, por facilitarem a minha desvinculação temporária da SAGI/MDS para concluir este trabalho.

Aos amigos Jomar Álace e Lizandro Gualberto agradeço a amizade sincera e sempre pronta a ajudar desde os tempos da FAFICH.

A Fernando Batista agradeço pela amizade e pela companhia agradável em tantos almoços no Mercado Central.

Ao querido amigo Hely, pela verdade de suas palavras: “yo siempre estaré a tu lado”. Tenho certeza que sim, e eu também!

A Ricardo Siqueira, pela amizade presente nos últimos meses de elaboração da tese.

Ao amigo Cacáudio agradeço a torcida permanente, mesmo que distante.

Ao querido amigo Fred, por ter ombros, ouvidos e sorrisos sempre disponíveis e que estiveram presentes em todos os momentos desta caminhada. A ele agradeço também por me acompanhar no trabalho de campo na Vila Barreirinhas, realizando as entrevistas com os homens, e por me ajudar a compreender o GoM.

À amiga Marisol Alfonso por estar sempre presente para discutir e ajudar e por ter me apresentado à discussão sobre vulnerabilidade feita pelo CELADE.

À minha mãe, aos meus irmãos Sérgio e Mário, e aos amigos Ludimila Matos, Carolina Souza, Andréia Simão, Frederico Melo, Marisol Alfonso, Geovane Máximo, Kenya Noronha, Eduardo Ângelo e Bernardo Lanza, agradeço a leitura de fragmentos de algumas versões anteriores desta tese. Seus olhos foram competentes em apontar partes pouco claras do texto, mas as falhas que permanecem são totalmente minhas.

Aos meus tios Neide e Jair, agradeço a acolhida generosa quando me mudei para Brasília e também a preocupação com este trabalho.

A Ivanei Cunha, por ter sido um companheiro cuidadoso, amigo, presente e, sobretudo, paciente durante a elaboração deste trabalho. Sua torcida incomparável e carinhosa, e a frase “não esmoreça, você está na reta final”, tantas vezes repetida, foram meu esteio muitas e muitas vezes.

Finalmente, agradeço aos familiares a quem dediquei este trabalho, por estarem presentes em todos os momentos da minha vida.

Sumário

LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS:	XI
RESUMO	XIII
ABSTRACT	XIV
1. INTRODUÇÃO	1
2. A TRAJETÓRIA EPIDEMIOLÓGICA E ANALÍTICA DA AIDS	10
2.1. A CONSTRUÇÃO CONCEITUAL E SOCIAL DA AIDS.....	10
2.2. A AIDS NO BRASIL	16
3. VULNERABILIDADE À INFECÇÃO PELO HIV: CONCEITOS, PERSPECTIVAS DE ANÁLISE E MARCO DE REFERÊNCIA	23
3.1. A VULNERABILIDADE À INFECÇÃO PELO HIV: A TRILHA DA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE HARVARD.....	24
3.2. PROPOSTA DO CELADE PARA A ANÁLISE DA VULNERABILIDADE SOCIODEMOGRÁFICA	31
3.3. MARCO DE REFERÊNCIA DESTE TRABALHO.....	33
3.3.1. <i>O padrão de exposição ao risco</i>	37
3.3.2. <i>A dimensão capacidade de resposta</i>	41
3.3.2.1. Condições de defesa e reação	42
3.3.2.2. Efetivação de mudança frente a um cenário de risco.....	44
4. ASPECTOS METODOLÓGICOS	48
4.1. ABORDAGEM QUANTITATIVA	50
4.1.1. <i>Base de Dados</i>	50
4.1.2. <i>Seleção das variáveis</i>	51
4.1.2.1. Descrição da amostra.....	52
4.1.3. <i>O método GoM - Grade of Membership</i>	54
4.1.3.1. Utilização do GoM em estudos sobre AIDS.....	58
4.2. ABORDAGEM QUALITATIVA	60
4.2.1. <i>Informações gerais sobre a pesquisa e o trabalho de campo</i>	60
4.2.2. <i>Caracterização dos entrevistados</i>	61
5. PERFIS DE VULNERABILIDADE À INFECÇÃO PELO HIV POR VIA SEXUAL	63
5.1. DELINEAMENTO DOS PERFIS DE REFERÊNCIA	63
5.2. DELINEAMENTO DOS PERFIS PREDOMINANTES E MISTOS.....	67
5.3. ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE A AMOSTRA TOTAL E PERFIS SELECIONADOS.....	78
5.3.1. <i>Não expostos ou ainda não expostos? Considerações acerca da transitoriedade da não exposição dos “não expostos com baixa capacidade de resposta”</i>	81
5.3.1. <i>Adultos expostos e muito expostos: análise comparativa segundo variáveis dos indivíduos e de suas parcerias</i>	91
6. ADULTOS “EXPOSTOS COM BAIXA CAPACIDADE DE RESPOSTA”: ANÁLISE DOS RESULTADOS QUANTITATIVOS À LUZ DE ENTREVISTAS BASEADAS EM DADOS QUALITATIVOS	103
6.1. VISÕES SOBRE O PRESERVATIVO, A UNIÃO CONJUGAL E A CONFIANÇA	105
6.2. NEGOCIAÇÃO DE PRÁTICAS SEXUAIS E PREVENTIVAS	120
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	126
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	132

ANEXOS	144
ANEXO 1: SÍNTESE DAS TRANSFORMAÇÕES REALIZADAS NAS VARIÁVEIS SELECIONADAS	145
1. <i>Dimensão Risco</i>	145
2. <i>Dimensão Capacidade de resposta</i>	148
2.1. Condições de defesa e reação	148
2.2. Adaptação ao cenário de risco	151
ANEXO 2: TABELA A1	153
ANEXO 3: GRÁFICOS DE COMPARAÇÃO ENTRE OS JOVENS DE 16 A 19 ANOS PERTENCENTES AOS PERFIS SELECIONADOS E À AMOSTRA TOTAL.....	155

Lista de Tabelas, Quadros e Figuras:

FIGURA 3.1: Vulnerabilidade à infecção pelo HIV	25
FIGURA 3.2: Vulnerabilidade Sociodemográfica: Esquema Analítico Básico e Opções de Política	32
FIGURA 3.3: Vulnerabilidade individual à infecção pelo HIV por via sexual	35
QUADRO 3.1: Vulnerabilidade Ambiental: Exposição ao risco e capacidade de enfrentamento	37
TABELA 4.1: Distribuição de frequências das variáveis selecionadas para a construção da tipologia de vulnerabilidade individual à infecção pelo HIV por via sexual - Brasil, 1998.....	53
TABELA 4.2: Características dos entrevistados segundo variáveis selecionadas - Vila Barreirinhas, 2004	62
QUADRO 5.1: Resumo das categorias discriminatórias dos três perfis de referência delineados na tipologia de vulnerabilidade individual à infecção pelo HIV por via sexual - Brasil, 1998	65
QUADRO 5.2: Critérios de inclusão dos indivíduos em perfis de vulnerabilidade à infecção pelo HIV por via sexual	68
TABELA 5.1: Distribuição dos indivíduos segundo predominância de perfis de vulnerabilidade individual à infecção pelo HIV por via sexual	69
GRÁFICO 5.1: Sexo dos entrevistados aninhados nos perfis selecionados e na amostra total - Brasil, 1998	80
GRÁFICO 5.2: Distribuição etária nos perfis selecionados e na amostra total - Brasil, 1998	80
GRÁFICO 5.3: Número de parceiros dos entrevistados nos perfis selecionados e na amostra total - Brasil, 1998	81
GRÁFICO 5.4: Distribuição dos grupos etários da amostra entre os perfis selecionados - Brasil, 1998.....	82
GRÁFICO 5.5: Estado conjugal dos entrevistados nos perfis selecionados e na amostra total - Brasil, 1998	82
GRÁFICO 5.6: Distribuição dos indivíduos nos perfis selecionados e na amostra total segundo informação sobre ter tido o primeiro intercuro sexual - Brasil, 1998.....	83
GRÁFICO 5.7: Distribuição etária dos indivíduos do perfil "não expostos com baixa capacidade de resposta" que nunca tiveram intercuro sexual - Brasil, 1998	83
GRÁFICO 5.8: Razão de sexo dos indivíduos diagnosticados com aids, por grupo etário - Brasil, 1995 - 2004	86
TABELA 5.3: Distribuição de mulheres e homens, com vinte anos ou mais, "expostos com baixa capacidade de resposta" e "muito expostos com alta capacidade de resposta" segundo variáveis de interesse - Brasil, 1998.....	92
GRÁFICO 5.9: Uso de preservativo, segundo faixa etária, pelos entrevistados que tiveram relações sexuais nos 12 meses anteriores à pesquisa - Brasil, 1998.....	94
GRÁFICO 5.10: Atitude tomada ante a indisposição do parceiro em usar o preservativo por parte dos indivíduos de 20 a 65 anos aninhados nos perfis selecionados e na amostra total - Brasil, 1998	95
GRÁFICO 5.11: Quem toma a iniciativa nas relações sexuais dos indivíduos de 20 a 65 anos aninhados nos perfis selecionados e na amostra total - Brasil, 1998	96
GRÁFICO 5.12: Idade do entrevistado em relação ao seu/sua parceiro/a estável nos perfis selecionados e na amostra total - Brasil, 1998	99
GRÁFICO 5.13: Composição racial das uniões estáveis dos indivíduos dos perfis selecionados e na amostra total - Brasil, 1998	100

GRÁFICO 5.14: Padrão de exogamia das uniões interracialis estáveis dos indivíduos dos perfis selecionados e na amostra total - Brasil, 1998	100
GRÁFICO 5.15: Duração das uniões dos indivíduos nos perfis selecionados e na amostra total - Brasil, 1998	101
GRÁFICO 6.1: Razões para o não uso do preservativo entre os “expostos com baixa capacidade de resposta” com mais de vinte anos – Brasil, 1998.....	106
TABELA 6.1: Opiniões dos expostos com baixa capacidade de resposta, com mais de vinte anos, sobre a camisinha - Brasil, 1998	108
GRÁFICO 6.2: Razões para a sorotestagem entre os expostos com baixa capacidade de resposta, com mais de vinte anos - Brasil, 1998.....	118
GRÁFICO 6.3: Razões para não a não sorotestagem entre os expostos com baixa capacidade de resposta com mais de vinte anos - Brasil, 1998	119
QUADRO A.1: Bloco de variáveis de atitudes e opiniões de estigmatização da aids.	148
QUADRO A.2: Componentes do indicador sintético de conhecimento sobre HIV/AIDS	150
TABELA A.1: Resultados da construção da tipologia de vulnerabilidade individual à infecção pelo HIV por via sexual com três perfis de referência para indivíduos de 16 a 65 anos residentes em áreas urbanas - Brasil, 1998.....	153
GRÁFICO A.1: Sexo dos indivíduos de 16 a 19 anos aninhados nos perfis selecionados e na amostra total - Brasil, 1998.....	155
GRÁFICO A.2: Religiosidade dos indivíduos de 16 a 19 anos aninhados nos perfis selecionados e na amostra total - Brasil, 1998.	155
GRÁFICO A.3: Cor dos indivíduos de 16 a 19 anos aninhados nos perfis selecionados e na amostra total - Brasil, 1998.....	156
GRÁFICO A.4: Escolaridade dos indivíduos de 16 a 19 anos aninhados nos perfis selecionados e na amostra total - Brasil, 1998.	156
GRÁFICO A.5: Classe econômica dos indivíduos de 16 a 19 anos aninhados nos perfis selecionados e na amostra total - Brasil, 1998.	157
GRÁFICO A.6: Informação sobre HIV/AIDS por parte dos indivíduos de 16 a 19 anos aninhados nos perfis selecionados e na amostra total - Brasil, 1998.....	157

Resumo

Este trabalho analisa a vulnerabilidade de mulheres e homens heterossexuais à infecção pelo HIV por via sexual enfatizando o papel que as relações de gênero têm na determinação do grau de vulnerabilidade dos mesmos. A vulnerabilidade é entendida pela associação entre o padrão de exposição ao risco de infecção e a capacidade de resposta dos indivíduos que, por sua vez, engloba tanto as condições de defesa e reação como a efetivação da mudança de comportamento. Na análise da questão integrou-se as abordagens quantitativa e qualitativa. Fazendo uso da técnica *Grade of Membership* – GoM, construiu-se perfis de vulnerabilidade à infecção pelo HIV por via sexual para uma amostra de 3068 indivíduos heterossexuais, que residem em áreas urbanas e que têm entre 16 e 65 anos. Os perfis delineados cuja análise se mostrou mais relevante foram: a) “não expostos circunstanciais”, perfil composto predominantemente jovens de sexo feminino, que têm entre 16 e 19 anos de idade e que, embora não tenham iniciado a sua vida sexual, não estão preparadas para se proteger de uma eventual exposição ao risco; b) “muito expostos com alta capacidade de resposta”, predominantemente formado por homens, o perfil se caracteriza por associar a maior exposição ao risco com a maior capacidade de responder a ele; e, c) “expostos com baixa capacidade de resposta”, sem predomínio quanto ao sexo dos indivíduos que o compõe, congrega mulheres e homens de baixo estrato socioeconômico, com moderada exposição ao risco de infecção e baixa capacidade de responder a ele. O mais alto grau de vulnerabilidade foi encontrado entre os “expostos com baixa capacidade de resposta” e as informações a respeito desse perfil foram aprofundadas fazendo uso de entrevistas em profundidade com 40 indivíduos (20 homens e 20 mulheres) com características afins às do perfil. A tipologia delineada e a integração de abordagens metodológicas foram êxitosas em evidenciar a influência das relações de gênero sobre o grau de vulnerabilidade de indivíduos heterossexuais à infecção pelo HIV pela via sexual.

Abstract

This dissertation analyses heterosexual vulnerability to HIV emphasizing the role played by gender relations. Vulnerability is defined by the association of the pattern of exposure to risk of HIV infection and the ability to answer (which includes both the individual skills to prevent infection and the change of behavior). Methodologically, the study inter-relates quantitative and qualitative approaches. Grade of Membership (GoM) analysis was used to build a vulnerability typology for a sample of 3068 self-identified heterosexual individuals aged 16 to 65 years, and of urban residence. Types of more interest were: a) “circumstantially not exposed individuals”, a group of individuals, predominantly women, aged 16 to 19 years who still haven’t had their first intercourse but exhibit low ability to answer to an eventual materialization of risk through sexual contact.; b) “highly exposed individuals with high ability to answer”, a type predominantly formed by men with the riskiest sexual practices and the highest ability to respond to risk in the sample; and, c) “exposed individuals with low ability to answer” a type predominantly formed by women and men of disadvantaged socioeconomic conditions, with slight exposure to the risk of infection and few skills to prevent it. The latest group exhibited the highest degree of vulnerability and was further investigated by analyzing the transcriptions of 40 in-depth interviews with women and men whose characteristics are similar to those of the target type. Findings are useful to comprehend the interplay among gender relations and vulnerability to HIV infection.

1. Introdução

Nesta tese, estuda-se a vulnerabilidade à infecção pelo HIV, transmitido por via sexual, por parte de mulheres e homens que se declaram heterossexuais¹. A escolha desse objeto se justifica pelo fato de os dados epidemiológicos brasileiros mostrarem que, na atualidade, a transmissão heterossexual é a principal via de infecção pelo HIV tanto para as mulheres como para os homens diagnosticados com aids². O processo de heterossexualização da epidemia se iniciou por volta de 1990 e ocorreu paralelamente à redução da expressão da categoria homo/bissexual no quadro geral de infecções e ao aumento da incidência da aids entre mulheres, a chamada feminização da epidemia (BRASIL, 2005a).

Uma vez que se está lidando com a possibilidade de transmissão do vírus pela via heterossexual, para se compreender os fatores que determinam a vulnerabilidade à infecção é necessário refletir sobre a maneira como mulheres e homens vivenciam as suas relações íntimas e a sua sexualidade. Por tal razão, neste trabalho procura-se enfatizar, o quanto possível, o papel que as relações de gênero têm na determinação do grau de vulnerabilidade à infecção pelo HIV por via sexual.

Muitas campanhas de prevenção contra o HIV não alcançam os objetivos esperados por falharem em compreender a interseção entre gênero e HIV/AIDS. Um exemplo mal compreendido dessa interação é a promoção do uso consistente de preservativos desconsiderando que esse depende da negociação que possa ocorrer entre parceiros. Além do uso de preservativo, outras medidas que levam ao exercício mais seguro da

¹ Neste trabalho, a heterossexualidade está sendo definida pela prática sexual com pessoa de outro sexo e a homossexualidade pela prática sexual com pessoa de mesmo sexo. Sabe-se, contudo, que a autotaxonomia de um indivíduo como hetero, homo ou bissexual pode não levar em conta apenas o sexo daqueles com os quais mantém relações. Como verificou PARKER (1991), entre homens brasileiros que praticam sexo com outros homens, freqüentemente se considera que o homossexual é apenas aquele que desempenha o papel passivo no ato sexual.

² Ao longo da tese, seguiu-se a orientação do Programa Nacional de DST e Aids (PN-DST/AIDS) quanto à grafia da aids. O agravo em saúde “aids” deve ser escrito em minúsculas como qualquer outro substantivo. “Aids” é o agravo quando corresponde à primeira palavra de uma oração ou frase ou quando faz parte de um título com esse padrão de formatação (todas as palavras iniciam com maiúscula). AIDS, com letras maiúsculas, é a sigla da doença em inglês e denomina a epidemia em português (LAGE, 2003).

sexualidade, tais como a monogamia mútua e a dupla testagem sorológica, também precisam ser negociadas.

No Brasil, os estudos que se debruçaram sobre essa questão apontaram que, na prática, vista como uma estratégia de prevenção contra a AIDS, a negociação sexual esbarra em uma série de questões socioculturais que precisam ser mais bem compreendidas (entre outros GUIMARÃES, 1996a; VILLELA, 1996; BARBOSA, 1999).

Algumas dessas questões são: a) o fato de o preservativo não fazer parte da cultura contraceptiva brasileira, sendo que essa, há algum tempo, tem como métodos hegemônicos aqueles que são controlados pela mulher, tais como a laqueadura e a pílula; b) sendo o preservativo masculino a prevenção eficaz mais custo-exequível contra a infecção pelo HIV³, é necessário aproximar o homem da esfera das decisões sobre a prevenção; c) a incorporação do preservativo masculino nas relações sexuais, com vistas à prevenção contra o HIV/aids, traz à tona a necessidade de dialogar a respeito da epidemia, e, pelo que foi observado pelos estudos mencionados, parece representar uma ameaça não apenas à saúde dos parceiros, mas aos seus laços de amor, confiança e companheirismo.

Claramente, a dimensão de gênero é um elemento que subjaz às questões anteriormente enunciadas. Gênero, grosso modo, consiste na construção social que se faz sobre a categoria sexo⁴. Nesta tese, as relações de gênero são entendidas à luz do que RUBIN (1979) classificou como sistemas de sexo/gênero aos quais se acrescenta a dimensão de poder enfatizada por SCOTT (1995) às variedades de experiências possíveis quando se consideram as dimensões de classe e raça, entre outras, agregadas às de gênero (HARAWAY, 1991).

³ O preservativo feminino é tão eficiente em impedir a infecção pelo HIV como o preservativo masculino. Porém, o seu custo elevado compromete a possibilidade de que os investimentos públicos voltados à sua distribuição alcancem a mesma proporção daqueles destinados à distribuição de preservativos masculinos.

⁴ O conceito de gênero está longe de ser um consenso. Quando dos primeiros estudos sobre gênero, entendeu-se que a categoria sexo era biológica enquanto gênero era social. Nesse sentido, ao tratar sobre sexo, falava-se de mulheres e homens e, em se tratando de gênero, a diferenciação levada em conta era entre o feminino e o masculino. Essa distinção ainda é feita por um grande número de pesquisadores; contudo, há também a vertente que considera que o sexo, como o gênero, também é um constructo social e cultural. A esse respeito ver, por exemplo, BUTLER (1990).

Os sistemas propostos por RUBIN (1979) foram ampliados por DI BARBIERI (1992:114) como significando “os conjuntos de práticas, símbolos, representações, normas e valores que as sociedades elaboram a partir da diferença sexual anatômico-fisiológica e que dão sentido à satisfação dos impulsos sexuais, à reprodução da espécie humana e ao relacionamento entre as pessoas de maneira geral”. Dessa conceitualização, deriva-se que as representações sociais que se fazem sobre a diferença sexual conferem significado tanto à maneira como a sexualidade é vivenciada pelos indivíduos como às relações interpessoais que esses estabelecem.

HARAWAY (1991) aponta uma série de críticas feitas aos sistemas de sexo/gênero entre outras coisas por estarem fundamentados em uma noção de que a heterossexualidade obrigatória é a chave para se entender a opressão das mulheres. Para HARAWAY (1991), os sistemas de opressão não se baseiam apenas nas diferenças sexuais, mas sim, na noção de diferença como um todo (de gênero, de raça etc.). Neste trabalho, contudo, considera-se que a ênfase dada por RUBIN (1979) é adequada para tratar a questão de interesse já que essa visa esclarecer, precisamente, a vulnerabilidade da população heterossexual ao HIV.

Para os interesses desta tese, o conceito de gênero desenvolvido por SCOTT⁵ (1995:86) tem uma contribuição significativa, qual seja, a de que as relações sociais baseadas na percepção sobre a diferença dos sexos são “uma forma primária de dar significado às relações de poder”. Essa questão é particularmente importante neste estudo, uma vez que o objeto da investigação foi a vulnerabilidade ou falta de poder/empoderamento⁶ da população alvo à infecção pelo HIV.

Nesse sentido, a definição de gênero que se adota nesta tese envolve três dimensões principais: o fato de o conceito ser socialmente construído, e não uma característica inata do indivíduo; o fato de ele conferir significado à vivência da sexualidade e das

⁵ O conceito desenvolvido por SCOTT (1995) tem duas componentes principais: constituir as relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos e ser um caminho primário de significação das relações de poder. Além disso, o conceito está interrelacionado com elementos simbólico-culturais; normativos; organizacionais e institucionais; identitários.

⁶ Segundo DIXON-MUELLER (2001), o poder é um conceito relacional cuja análise só faz sentido com base na interação de indivíduos e grupos. O empoderamento, por sua vez, é um atributo tanto coletivo como individual, tanto um processo (de conquistar poder) e uma condição (de ser empoderado).

relações estabelecidas por mulheres e homens devendo ser compreendido, portanto, como uma característica relacional; o fato de ele estar marcado pelas relações de poder⁷.

À luz desse conceito, é possível refletir mais profundamente sobre os elementos socioculturais que inibem a prática da negociação sexual como estratégia de prevenção contra a AIDS, os quais se descreveu anteriormente. O primeiro elemento, que se refere à cultura contraceptiva brasileira reflete a longa trajetória histórica do planejamento familiar no Brasil cuja interpretação oferece vários desdobramentos⁸. No âmbito desta tese, interessa, particularmente, manter no panorama de análise o fato de que, no Brasil, de acordo com os dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), de 1996, a esterilização feminina e a pílula eram os métodos adotados, respectivamente, por 40,1% e 20,7% das mulheres em idade reprodutiva que viviam em união. O preservativo, por outro lado, foi referido como o método utilizado por apenas 4,4% dessas mulheres (BEMFAM, 1997). Esses dados antecipam a dificuldade de se promover o uso de um produto que, entre outras coisas pela alta prevalência que a contracepção definitiva tem, conta com tão baixa aderência por parte da população.

O segundo elemento mencionado anteriormente chama a atenção para a necessidade de se aproximar o homem à dimensão das decisões sobre prevenção⁹. A esse respeito, retoma-se o panorama anteriormente descrito e enfatiza-se que métodos contraceptivos primordialmente utilizados pelas mulheres brasileiras são de controle da mulher. A continuidade desse padrão, contudo, é minada pelo fato de que o principal método de

⁷ O desenvolvimento mais abrangente do conceito de poder aplicado ao estudo das relações de gênero foi realizado por autoras da área da ciência política, tais como Carol Pateman. PATEMAN (1988) resgatou a história dos contratos sociais buscando enfatizando o patriarcado como o “contrato original” que fundamenta, também, os contratos sexuais estabelecidos, por exemplo, sobre o casamento ou a prostituição. O contrato de casamento, diz a autora, é o único contrato em que a necessidade de obediência de uma das partes (a mulher) é explicitada como parte do contrato. Para ela, essa é prova cabal da submissão da mulher em um sistema patriarcal.

⁸ Um relato abrangente da história do planejamento familiar no Brasil pode ser lido em SOBRINHO (1993).

⁹ Incorporar os homens à esfera de decisões sobre saúde sexual e reprodutiva foi um dos desafios de ação estabelecidos pela Conferência Internacional de Desenvolvimento e População, realizada no Cairo, em 1994. Nessa conferência as questões de gênero receberam grande destaque e o empoderamento feminino foi visto como uma meta autojustificada que também se relaciona com aspectos os mais diversos, inclusive a redução da vulnerabilidade ao HIV/AIDS. Outra contribuição desse evento foi incorporar a dimensão sexual à saúde reprodutiva, que passou a ser denominada “saúde sexual e reprodutiva” e a enfatizar que o exercício pleno e seguro da sexualidade é um direito dos indivíduos.

prevenção contra o HIV/aids é o preservativo masculino. Como se adequar a essa situação? Como positivar a imagem do preservativo masculino como um método de prevenção dupla (à concepção e à infecção por alguma DST, inclusive a aids)? Como lidar com o grande contingente de mulheres esterilizadas que não se interessarão pelo potencial contraceptivo oferecido pelo preservativo?

As perguntas anteriores dão margem à reflexão sobre o terceiro ponto que se havia levantado: a tentativa de introdução do preservativo em relações nas quais ele é considerado desnecessário, posto que já se adota algum método contraceptivo, tem o potencial de colocar em xeque os pilares de confiança, amor e conhecimento mútuo, sobre os quais esses relacionamentos se sustentam.

Se o tipo de relação estabelecida entre os parceiros não está pautado na confiança, como ocorre, por exemplo, nas relações sexuais comerciais, a negociação do preservativo parece ser mais simples e objetiva. Por tal razão, países em que a transmissão heterossexual do HIV decorre, fundamentalmente, de contatos sexuais comerciais, estratégias de prevenção baseadas na distribuição do preservativo tem tido grande êxito. Em países em que a transmissão heterossexual ocorre em contextos menos específicos, o resultado de campanhas de distribuição do preservativo não tem sido tão positivo (HEARST e CHEN, 2004).

Na experiência brasileira, a transmissão pela via heterossexual não se restringe ao sexo comercial. De fato, é na população em geral, entre mulheres e homens tidos como “de família”, que a aids vem sendo mais incidente. Essa é uma das razões pelas quais a compreensão da vulnerabilidade ao HIV, no Brasil, requer o entendimento da cultura de gênero em que estão inseridos os relacionamentos heterossexuais. Além disso, é preciso compreender se - e como - o padrão de gênero seguido por mulheres e homens influencia a maneira como eles vivenciam a sexualidade e o significado que eles atribuem às suas relações e a recursos preventivos, tais como o preservativo.

Analisando dados de pesquisas sobre o comportamento sexual da população heterossexual americana, CONNELL (1999) menciona a existência de dois padrões principais de vivência da sexualidade e das relações de gênero. O primeiro, prevê a desvinculação entre prática sexual e casamento e tem, dentre as suas conseqüências

imediatas, o aumento do número de parceiros sexuais, principalmente, entre os jovens de ambos os sexos. O segundo padrão indica a existência de uma moral dupla, de acordo com a qual o controle da sexualidade, fundamentalmente a das mulheres, é efetivado pela sociedade. Segundo esse autor, o segundo padrão descrito está sofrendo um processo de erosão social e vem sendo, lentamente, substituído pelo primeiro. CONNELL (1999) não se detém sobre os elementos que determinam a mudança de um padrão ao outro, porém, o autor ressalta que uma das conseqüências dessa substituição é a aproximação do comportamento sexual de mulheres e homens.

Importando os padrões descritos por CONNELL (1999) para a compreensão da realidade brasileira, é possível pensar que, também aqui, coexistem os dois modelos descritos. Embora os padrões identificados por esse autor não sejam, necessariamente, os mais prevalentes em nossa sociedade, de fato, observa-se que é progressivamente mais recorrente a independização entre relações sexuais e vínculo matrimonial. Por ser um padrão de comportamento mais recente, as coortes mais jovens são aquelas que aderem a ele com maior intensidade. Esse grupo conta com maiores recursos de informação e prevenção quanto às questões sexuais e reprodutivas e, em face da epidemia da AIDS, apresenta maior condição de enfrentamento.

O outro padrão mencionado por CONNELL (1999) tem grande representação na sociedade brasileira. Nele, a sexualidade dos indivíduos é regida por um código de moralidade dupla que prevê comportamentos sexuais específicos para mulheres e homens, diferenciando-os como se eles fossem naturais e não sociais. Às mulheres compete a monogamia, a fidelidade, a passividade sexual e a atitude pouco questionadora com respeito ao comportamento do parceiro. Aos homens, compete a agressividade e a insaciabilidade sexual.

No contexto da epidemia da AIDS, considera-se que esse padrão coloca as mulheres em situação de grande desvantagem frente aos seus parceiros, pois inibe o seu acesso às estratégias de prevenção que requerem a negociação com o parceiro, que também são as mais eficientes.

Por outro lado, os homens heterossexuais que seguem o padrão da moralidade dupla tendem a ficar presos à imagem de invulnerabilidade e à necessária afirmação da

virilidade, incorrendo, por tais razões em práticas de risco de saúde que incluem a sua maior exposição ao HIV.

Tendo em vista o contexto descrito, o objetivo desta tese é abordar a vulnerabilidade da população heterossexual brasileira buscando esclarecimento sobre nuances do comportamento sexual e da realidade social desses grupos populacionais que afetam a sua exposição ao HIV e comprometem, ou não, a sua capacidade de responder ao risco.

Neste trabalho, entende-se que o grau de vulnerabilidade de um indivíduo à infecção pelo HIV, por via sexual, varia segundo as condições que determinam o padrão de exposição do indivíduo ao risco e a sua capacidade de responder a ele, seja quanto às condições de defesa e reação, seja quanto à efetivação, ou não, da mudança de comportamento. Essas condições incluem elementos que traduzem a pluralidade que os indivíduos experimentam na vivência da sexualidade dentre os quais se coloca maior ênfase às relações de gênero.

Particularmente, busca-se responder às seguintes questões quanto ao grau de vulnerabilidade da população heterossexual brasileira:

- 1) As mulheres constituem, de fato, um grupo vulnerável? Se sim, que mulheres exibiriam tal característica com maior intensidade?
- 2) E quanto aos homens, há particularidades que os diferenciem segundo os seus graus de vulnerabilidade? Quais são elas?
- 3) Há diferença no grau de vulnerabilidade dos grupos heterossexuais com relação ao padrão de gênero ao qual aderem?

A tentativa de responder a essas questões se deu pela adoção de duas abordagens. Em primeiro lugar, construiu-se uma tipologia dos indivíduos segundo o seu grau de vulnerabilidade à infecção pelo HIV por via sexual. Para tal, utilizou-se o método GoM - *Grade of Membership*, que identifica o grau de pertencimento dos indivíduos a diferentes perfis delineados e, não necessariamente, a apenas um dos extremos identificados, como ocorre em outras análises por conglomerado.

Os dados utilizados para delinear essa tipologia foram coletados em 1998 pela “Pesquisa sobre Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/AIDS”, realizada pelo CEBRAP - Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. A amostra utilizada compreende mulheres e homens, com idades entre 16 e 65 anos, totalizando 3068 indivíduos que se declaram heterossexuais, que se autoclassificam racialmente como negros (pretos ou pardos) e brancos e que residem em áreas urbanas do país. Além de essa pesquisa ter abordado o comportamento sexual e o HIV/AIDS oferecendo, portanto, grande potencial para se responder às questões propostas, os seus dados fornecem informações tanto sobre o indivíduo entrevistado como, quando foi o caso, sobre o seu parceiro (relatadas pelo entrevistado). Nesse sentido, a base de dados permite uma aproximação pouco usual, quando se utiliza dados provenientes de *surveys* individuais, sobre as questões de gênero.

As questões de interesse também foram abordadas fazendo uso de entrevistas em profundidade, realizadas em uma comunidade favelada de Belo Horizonte, com mulheres e homens que vivem em união marital e que concentram características semelhantes a um dos perfis resultantes na tipologia delineada. Com a utilização dessa abordagem, buscou-se elucidar alguns pontos, a respeito desse perfil em particular, que permaneceram obscuros após a análise dos resultados da tipologia.

Além desta introdução, o trabalho contém mais seis capítulos, cujo conteúdo é sintetizado em seguida, e uma seção de anexos.

Capítulo II - “A Trajetória Epidemiológica e Analítica da AIDS”. Apresenta uma síntese da história da AIDS narrando a identificação dos primeiros indivíduos que apresentaram sintomas da doença, o isolamento do vírus e a constatação da existência de uma epidemia. Além disso, descreve os esforços para analisar a evolução da epidemia ao longo do tempo, enfatizando o deslocamento das estratégias de análise centradas em grupos ou comportamentos de risco para aquelas voltadas ao entendimento da vulnerabilidade à infecção.

Capítulo III - “Vulnerabilidade à infecção pelo HIV. Conceitos, Perspectivas de Análise e Marco de Referência”. Apresenta, descreve e critica dois arcabouços de análise da vulnerabilidade: o da vulnerabilidade ao HIV proposto por MANN,

TARANTOLA e NETTER (1992) e o de estudo da vulnerabilidade sociodemográfica elaborado pelo CELADE (CEPAL, 2002). Resgatando as vantagens de ambos e tentando suprir as suas limitações, elabora o marco de referência que será utilizado ao longo do trabalho e o apresenta com base na revisão de literatura sobre os elementos que o compõem.

Capítulo IV - “Aspectos Metodológicos”. Informa sobre a integração das abordagens quantitativa e qualitativa. Descreve os dados e estratégias de análise que integram cada uma das abordagens utilizadas.

Capítulo V - “Perfis de Vulnerabilidade à infecção pelo HIV por via sexual”. Descreve os perfis de referência delineados pelo método GoM. Apresenta a construção de perfis mistos e predominantes e os descreve. Compara resultados de alguns perfis selecionados concluindo sobre os graus de vulnerabilidade dos indivíduos que os compõem.

Capítulo VI – “Adultos ‘expostos com baixa capacidade de resposta’: análise dos resultados quantitativos à luz de entrevistas baseadas em dados qualitativos”. Combina os resultados de um dos perfis delineados pelo GoM (os indivíduos expostos com baixa capacidade de resposta) com dados de entrevistas em profundidade sobre a negociação sexual e o uso do preservativo em uniões estáveis, realizadas em uma favela de Belo Horizonte, cujos informantes têm características semelhantes às dos indivíduos aninhados no perfil de expostos com baixa capacidade de resposta. A utilização dos dados qualitativos auxilia a entender resultados encontrados quanto à não adoção de práticas como o uso de preservativo e a não sorotestagem por parte dos indivíduos expostos com baixa capacidade de resposta.

Capítulo VII - “Considerações Finais”. Realiza uma síntese do trabalho enfatizando os resultados encontrados e as vantagens da utilização do enfoque da vulnerabilidade com base em uma leitura de gênero, na identificação de grupos de interesse específico para a formulação de políticas públicas.

2. A trajetória epidemiológica e analítica da AIDS

A AIDS se configura como uma das epidemias mais destrutivas da história da humanidade. De acordo com as estimativas do Programa Conjunto das Nações Unidas para o HIV/AIDS - UNAIDS, mais de 25 milhões de pessoas morreram de aids desde a identificação da doença, em 1981. Ainda de acordo com essa fonte, em 2005, havia cerca de 40,3 milhões de pessoas vivendo com o HIV ao redor do mundo. Desse total, as mulheres correspondiam a, aproximadamente, 17,5 milhões e, os menores de 15 anos a 2,3 milhões. Somente nesse ano, considera-se que cerca de 3,1 milhões de pessoas tenham morrido em decorrência da infecção e, além disso, estima-se que 5 milhões de novas infecções tenham ocorrido (UNAIDS/WHO, 2005).

Embora não haja consenso sobre a origem da AIDS¹⁰, a trajetória de eventos que dizem respeito à configuração da epidemia como tal e as particularidades que assumiu, ao longo do tempo e ao redor do mundo, está amplamente documentada. O resgate dessa trajetória é o cerne deste capítulo, que está dividido em duas seções: “A construção conceitual e social da AIDS” e “A AIDS no Brasil”.

2.1. A construção conceitual e social da AIDS

Mesmo diante de indícios de infecções pelo HIV ocorridas antes da década de 70, considera-se que a epidemia propriamente dita começou aos finais dessa década (MANN, 1989 apud AVERT, 2001) com a observação do aumento na incidência de um raro tipo de câncer, o sarcoma de Kaposi, entre jovens da África Central e do Leste e, posteriormente, em 1981, entre homens que mantinham relações com outros homens, nos Estados Unidos (MANN et al, 1992).

¹⁰ Diversas teorias foram propostas para se precisar a origem da aids, mas essa ainda é uma questão não concluída. Dentre as mais controversas teses propostas está a de que o HIV teria sido desenvolvido, laboratorialmente, pela utilização de células de chimpanzés, e não de macacos verdes, na elaboração da vacina anti-polio. Com o teste do experimento, realizado por meio da vacinação massiva de habitantes do Congo, em 1976, a população teria sido inoculada com o HIV. Essa tese explicaria porque os primeiros casos de sintomas da aids apareceram na África Central (THE ORIGINS of AIDS, 2001).

Até aquele momento, o sarcoma de Kaposi, câncer que consiste no aparecimento de um tumor maligno nas paredes do coração, veias e artérias, atacava primordialmente indivíduos idosos, mais usualmente, os de origem judaica ou mediterrânea. Na observação desses novos casos de sarcoma de Kaposi, constatou-se que indivíduos com imunodepressão eram mais propensos a desenvolver esse câncer. Estudos realizados nos Estados Unidos comprovaram que homens que faziam sexo com homens tinham uma probabilidade cerca de 20 a 40 mil vezes maior de desenvolver o sarcoma de Kaposi do que o que se esperaria para indivíduos de sexo masculino dessa faixa etária (MANN et al, 1992).

Concomitante ao aumento de casos de sarcoma de Kaposi, observou-se, na cidade de Los Angeles, o aumento na incidência de um tipo raro de pneumonia, a pneumocistose. Bem como no caso do sarcoma de Kaposi, os novos casos de pneumocistose afetavam primordialmente homens que faziam sexo com outros homens, fato que o CDC - *Centers for Disease Control and Prevention* considerou que poderia sugerir uma associação entre a infecção por pneumocistose e o que essa instituição denominou “estilo de vida homossexual” (CDC, 1981).

Em pouco tempo, constatou-se que os novos casos de sarcoma de Kaposi e pneumocistose não apenas vinham ocorrendo em paralelo como, também, em associação um com o outro, entre homossexuais de sexo masculino residentes em Los Angeles e adjacências. As pesquisas passaram a apontar para a provável transmissão sexual do agente da infecção (CDC, 1982a).

Além da pneumocistose, observou-se que uma série de outras infecções, tais como a candidíase oral, se associavam ao sarcoma de Kaposi, levando à imunossupressão dos organismos dos indivíduos afetados. Assim, as investigações do CDC a respeito da doença que parecia surgir se concentraram em torno das KSOI, sigla que corresponde, em inglês, a “Sarcoma de Kaposi e Infecções Oportunistas”. KSOI passou, então, a ser o termo utilizado pelo CDC para se referir, provisoriamente, à doença que, mais tarde, seria conhecida como aids (AVERT, 2001).

Do ponto de vista da imprensa, contudo, o que mais chamava a atenção nessa doença era o fato de ela atacar essencialmente a população homossexual masculina. Devido a

essa identificação, nos meios de comunicação de massa, a doença passou a ser referida como GRID - *Gay-Related Immune Deficiency* (CAMARGO JR., 1995). Esse fato causou grande desconforto à comunidade *gay* norte-americana e provocou forte estigmatização desse grupo, chegando a prejudicar o entendimento sobre a doença quando do seu aparecimento entre os usuários de drogas injetáveis de comportamento heterossexual (CDC, 1982c; 1983b), posto que, para um grande número de pessoas, a mesma já era entendida como uma “peste *gay*” e, portanto, consistia em um problema exclusivo dessa população.

Em 1982, a doença recebeu a denominação pela qual é conhecida ainda hoje. O nome derivou da observação do que já se sabia sobre o agravo até então: uma síndrome, posto que o que a caracteriza como doença é a associação de um conjunto de sinais e sintomas; de imunodeficiência, já que conduz os organismos que atinge a essa condição; adquirida, e, portanto, ao contrário das imunodeficiências congênitas, depende de um fator externo para ocorrer (a infecção pelo HIV). A doença foi nomeada pelas iniciais dessas características na língua inglesa, ou seja, *aids* (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*) e assim passou a ser conhecida na maior parte do mundo, inclusive no Brasil (BRASIL, [S.d]).

Na etapa inicial da epidemia, também foram observados casos de *aids* entre migrantes haitianos que, em sua maioria, haviam ingressado nos Estados Unidos a menos de dois anos. A maior parte dos haitianos que apresentavam as condições da doença era formada por homens jovens que, diferentemente dos demais indivíduos que já tinham manifestado a doença, não tinham comportamento homossexual e tinham uso de drogas intravenosas praticamente nulo (CDC, 1982b).

Nos Estados Unidos, os primeiros esforços de sistematizar as informações sobre os casos de *aids* já notificados levaram à organização dos dados em grupos determinados segundo certos fatores de risco: homens homossexuais ou bissexuais; usuários de drogas injetáveis (UDI) sem histórico de atividade homossexual masculina; haitianos não usuários de drogas injetáveis e sem histórico de atividade homossexual masculina.

Dentre os poucos casos que não se enquadravam nesses três grupos, a maioria era constituída por hemofílicos. Para todos os grupos, chamava a atenção a alta letalidade

da doença que, na maioria dos casos, conduzia à morte em menos de um ano (CDC, 1982c).

Em outros países, localizados fundamentalmente na Europa e na África, o aumento de casos da doença começou a ser tão evidente que foi possível identificar “duas epidemias”. Na França e na Bélgica, a doença afetava, fundamentalmente, indivíduos originários das regiões centrais da África. No Reino Unido, Alemanha Ocidental e Dinamarca, a maioria dos infectados eram homens que faziam sexo com homens e muitos deles haviam tido relações sexuais com cidadãos americanos (AVERT, 2001).

A ocorrência da epidemia na África foi anunciada pela existência dos migrantes africanos internados na França e Bélgica, que apresentavam o mesmo quadro de imunossupressão dos pacientes com aids, sem se encaixar em nenhum dos grupos de risco identificados até aquele momento. Ademais, houve um grande aumento da incidência do sarcoma de Kaposi em diversos países da África Central. Ao contrário da experiência anterior que se tinha com esse câncer, que era endêmico na região, de ele avançar lentamente e responder rapidamente a tratamento, os novos casos levavam à morte em pouco tempo¹¹. Uma série de pesquisas foram realizadas no continente e observou-se que a doença já estava presente em vários países. Concluiu-se que, na África, a epidemia era fundamentalmente conduzida pela via heterossexual de transmissão e sugeriu-se que a associação de promiscuidade heterossexual e baixas condições de vida eram os fatores de risco naquela região (AVERT, 2001).

A experiência africana evidenciou a possibilidade de transmissão heterossexual e, nos Estados Unidos, a despeito da sistematização de grupos de risco que havia sido realizada, em pouco tempo aumentou o número de casos entre indivíduos que não se encaixavam em nenhum desses grupos, tais como mulheres não usuárias de drogas injetáveis e não haitianas, e crianças. Pela observação desses casos, pôde-se supor que a transmissão da doença ocorria durante o coito, também em relações heterossexuais, além de poder ocorrer por via sangüínea, tanto por meio de seringas, como era o caso

¹¹ Durante o período das primeiras descobertas relacionadas à aids, considerou-se que a doença tinha uma história natural (isto é, o seu desenvolvimento usual ao longo do tempo) relativamente curta, levando rapidamente à morte. No entanto, o que de fato ocorreu é que os primeiros casos foram descobertos quando os pacientes já estavam na última fase sintomática da doença. O período médio entre a infecção pelo HIV e o adoecimento por aids é de 8 a 10 anos (SHEPPARD e MICHAEL, 1992).

dos usuários de drogas injetáveis e dos hemofílicos, como da mãe para o filho, em transmissão perinatal (CDC, 1982d; 1983a; 1983c). Não ficou claro como os haitianos agiam como fator de risco e eles foram excluídos dos chamados grupos de risco.

Paralelamente ao desenvolvimento da doença ao redor do mundo, com a maioria dos casos ocorrendo nos Estados Unidos, virologistas dos mais prestigiados institutos do mundo procuravam identificar um vírus que pudesse ser o agente causador da aids. Em 1983, após um período intenso de pesquisas, cientistas do Instituto Pasteur, na França, isolaram o vírus LAV a partir da coleta de material de um paciente com linfadenopatia, uma das infecções oportunistas associadas à aids. Nos Estados Unidos, em 1984, pesquisadores do *National Cancer Institute* - NCI, coordenados por Robert Gallo, isolaram o HTLV-III, vírus de leucemia-T humana. Com o tempo, e após intenso debate a respeito, entendeu-se que o LAV e o HTLV-III eram o mesmo e que o vírus se adequava aos postulados de Koch¹² podendo, portanto, ser identificado como o agente da infecção. Em 1985, o vírus foi rebatizado HIV - *Human Immunodeficiency Virus* (vírus da imunodeficiência humana) (NATURE, 1987a, 1987b; CAMARGO JR., 1995).

O isolamento do vírus associado ao crescente número de infecções ao redor do mundo permitiu constatar que se estava diante de uma epidemia. Esse momento marca o fim da primeira etapa, correspondente ao período compreendido entre 1981 e 1984, de uma periodização sobre a trajetória da AIDS no mundo realizada por Mann e Tarantola (MANN e TARANTOLA, 1996 apud AYRES et. al., 1999).

Na segunda etapa dessa periodização, que vai de 1985 a 1988, ficou claro que o conceito de grupos de risco não era o suficientemente abrangente para explicar o

¹² Os postulados de Koch vêm sendo utilizados há mais de 100 anos como critérios de constatação da identificação do agente causador de uma doença. De acordo com esses postulados, para ser considerado a causa de uma doença, um microrganismo deve: a) ser identificado em todos os casos do agravo, b) poder ser isolado do hospedeiro e desenvolver-se em cultura; c) tendo crescido em cultura, provocar o agravo quando inoculado em um hospedeiro susceptível; d) ser encontrado no hospedeiro em que se inoculou o microrganismo cultivado (DONOVAN, 2004). No entanto, há correntes científicas que consideram que o HIV não se adequa aos postulados de Koch posto que há alguns indivíduos que não se infectam pelo HIV ainda que tenham contato com ele, inclusive por via sexual (ver nota de pé de página nº 19) e há ainda, aqueles que se opõem à tese de que o HIV é o agente causador da aids. A mais polêmica dessas correntes é representada pelo virologista Peter Duesberg, professor da Universidade da Califórnia em Berkeley, que entende que o HIV é correlato à aids, mas não é a sua causa. Ele defende a idéia de que a aids não se desenvolve em pessoas que, mesmo infectadas pelo HIV, não fazem uso de drogas, recreacionais ou prescritas (inclusive o AZT), e que não estão sujeitas à má nutrição ou que descontinuaram o uso de drogas e romperam o processo de má nutrição antes de que algum dano irreversível tivesse sido causado (DUESBERG, KOEHNLEIN e RASNICK, 2003).

desenvolvimento da epidemia até aquele momento. Ademais, houve fortes manifestações, fundamentalmente por parte de grupos *gays* norte-americanos, contra o caráter estigmatizante e excludente da noção de grupo de risco.

Isso posto, o discurso da prevenção deslocou-se da idéia de grupos para a de comportamentos de risco. Com essa mudança, entendeu-se que a infecção não era determinada pelas características dos grupos populacionais, mas sim por comportamentos individuais que envolvessem maior risco de infecção, tais como a prática de coito anal.

Embora superior ao modelo anterior, a prevenção por meio da idéia de comportamentos de risco mostrou-se limitada por estar centrada no indivíduo e não contemplar os determinantes sociais da infecção, que faziam com que a epidemia se concentrasse nos setores menos “empoderados” da sociedade, tais como os pobres e os negros e, crescentemente, também as mulheres. Internacionalmente, a idéia de grupos e comportamentos de risco não se sustentava no enfrentamento contra o maior desafio de combate à AIDS: a situação da África Subsaariana que, naquela época, já concentrava mais de 60% dos soropositivos¹³ do mundo mantendo a característica de predominância da via heterossexual de transmissão.

Conforme criticou o movimento feminista, o problema das estratégias de prevenção fundamentadas no comportamento individual é que sua mudança não resulta apenas da posse de informação, estando condicionada, também, por elementos culturais econômicos, jurídicos, etc, que independem da vontade do indivíduo (AYRES et. al., 1999).

Uma das conseqüências de disseminação da AIDS foi impor, ao feminismo, a necessidade de rever a sua luta pelo exercício pleno da sexualidade, adicionando a ela elementos de avaliação do risco e de prevenção. Um grande desafio lançado por essa renovação é o de cuidar para que a diáde risco/prevenção não passe a regular a

¹³ Tendo em vista os interesses deste trabalho, as menções que se faz à condição sorológica dos indivíduos dizem respeito apenas ao HIV. Portanto, neste texto, indivíduos soropositivos são os indivíduos que foram testados positivamente para a sorologia do HIV e, de maneira análoga, soronegativos são os indivíduos que apresentaram resultado negativo na sorologia anti-HIV. Sabe-se, no entanto, que o termo sorologia se refere à detecção, no soro sanguíneo, de anticorpos contra antígenos os mais diversos, e não apenas o HIV.

sexualidade feminina, atuando como um impeditivo do prazer, mas que incorpore novas possibilidades de vivenciar o sexo (BARBOSA, 1996).

O final da década de oitenta marca o início da terceira etapa da periodização da AIDS, que se estende até os dias de hoje. Essa etapa se caracteriza pelo entendimento que a avaliação do risco ao qual o indivíduo está sujeito deveria levar em consideração as suas interações com seus pares, seus parceiros e com o ambiente em que vive. Reconhecer vulnerabilidades específicas tornou-se um objetivo em si mesmo e o foco da prevenção passou a ser no empoderamento dos indivíduos, isto é, na redução de sua vulnerabilidade pela via da capacitação ao enfrentamento da epidemia. Entendeu-se que a resposta à questão pode ter um caráter processual e as estratégias de intervenção fundamentadas na promoção do “sexo seguro”, que pressupunham a dicotomia do risco, deram lugar a uma nova meta: a difusão do “sexo mais seguro” (DELOR e HUBERT, 2000).

Longe de ser um capricho adverbial, a ênfase em estratégias de prevenção fundamentadas na promoção de “sexo mais seguro”, em detrimento daquelas pautadas no “sexo seguro”, se justifica: a) pela lógica de que “qualquer proteção é melhor do que nenhuma” (BARBOSA, 2004: 364), por exemplo, se o indivíduo não é sexualmente abstinente, é ideal que tenha relações com parceiro único e que utilize o preservativo consistentemente, se isso não ocorre, é melhor que não tenha parceiros eventuais e/ou que use o preservativo nessas relações; e, b) a adoção de comportamentos preventivos escapa aos limites da esfera da decisão individual, já que depende, no mínimo, do acordo entre dois indivíduos, sendo ilusório, portanto, avaliar o risco, e o seu enfrentamento, como se fossem dicotômicos, desconhecendo, assim, que esse processo é determinado por circunstâncias que independem do sujeito.

2.2. A AIDS no Brasil

Pelas estimativas do Ministério da Saúde, o Brasil tem cerca de 600 mil indivíduos vivendo com o HIV. A prevalência da infecção, na população de 15 a 49 anos, é de 0,61%, sendo de 0,42%, entre as mulheres, e de 0,80% entre os homens. Até junho de 2005, aproximadamente 371 mil casos de aids foram notificados no país e, até

dezembro de 2004, 172 mil óbitos já haviam ocorrido em decorrência dessa doença (BRASIL, 2007ab).

Como bem coloca CHEQUER (2005), a AIDS chegou ao Brasil como uma “epidemia de significados” já que, antes que se identificasse qualquer caso da doença, os noticiários replicavam, em rede nacional, a trajetória de dúvidas, incertezas e preconceitos que eram associadas à doença internacionalmente. De fato, o padrão epidêmico brasileiro se assemelhou ao encontrado nos Estados Unidos, ou seja, a doença incidiu, inicialmente, sobre os homossexuais de sexo masculino e sobre os usuários de drogas injetáveis (UDI). Possivelmente por essas razões, a análise da AIDS, no Brasil, trilhou passos semelhantes aos dos Estados Unidos, tendo se iniciado com a identificação desses grupos de risco.

Entre 1980 e 1990, as categorias de exposição homo e bissexual somavam 45,5% dos casos notificados, 15,1% das notificações estavam associadas à categoria UDI e 10,9% à categoria heterossexual. Entre 1991 e 2000, a distribuição relativa dessas categorias correspondeu, respectivamente, a 22,3%, 8,2% e 30,3% do total de notificações da década (BRASIL, 2002). Em grande medida, a mudança na distribuição das proporções no número de casos pode ser explicada pelo fato de as campanhas de informação e prevenção, principalmente durante a primeira década da epidemia, terem sido concebidas com base na idéia de grupos ou comportamentos de risco. Essa maneira de abordar a prevenção teve um efeito dúbio, pois, por um lado, houve êxito na prevenção entre homossexuais e UDI, por outro lado, ao não enfatizar a possibilidade de infecção de indivíduos que não fizessem parte dessas categorias, essas campanhas contribuíram à construção de uma percepção de invulnerabilidade por parte do restante da população cuja inconsistência ficou comprovada pelo novo perfil de infecções.

Quando desagregados por sexo, os dados anteriormente apresentados demonstram o aumento do número de casos entre mulheres, que se reflete no declínio das razões de sexo¹⁴ calculadas com base nos dados de infecções notificadas, cujo pico foi de 26,5:1,

¹⁴ A razão de sexo indica a relação entre homens e mulheres em um dado evento tendo, no numerador, o número absoluto de homens e, no denominador, o número absoluto de mulheres. Os dados epidemiológicos do Brasil apontam que, em 1985, 530 homens e 20 mulheres foram diagnosticados com aids (BRASIL, 2005a). Sendo assim, a razão de sexo dos casos de aids diagnosticados naquele ano foi de

em 1985, com tendência de queda desde então, situando-se em 1,4:1, em 2004 (BRASIL, 2005a).

A profunda alteração nas tendências da epidemia definiu os processos que se convencionou chamar de heterossexualização e feminização da AIDS. Por heterossexualização entende-se a alteração na participação proporcional das vias de transmissão no total de casos diagnosticados, revelando a progressiva redução da participação da categoria homo/bissexual e o aumento da categoria heterossexual. Por feminização, entende-se o progressivo aumento da incidência de casos de infecção pelo HIV entre mulheres, associado ao declínio das razões de sexo na população infectada.

Embora os dados indiquem que a feminização da epidemia começou na década de noventa, há que se chamar a atenção ao fato de que, com a “importação” das categorias de risco cunhadas nos Estados Unidos, importou-se também formas de classificação pautadas “na fisiologia do homem do Primeiro Mundo, sendo apenas adaptadas à mulher” (GUIMARÃES, 1994:223). Como sugerido por GUIMARÃES (1994) pode ser que a adoção desses modelos classificatórios, fundamentados em um padrão masculino, tenha impedido que se observasse que, ao menos no Brasil, a mulher pode estar sendo afetada há mais tempo do que se imagina. Dada a sistemática marginalização social e de saúde que a mulher enfrenta, é possível que tenha sido ignorada nas estatísticas da AIDS podendo ser, por exemplo, maioria entre aqueles que ignoravam o seu *status* sorológico nos primeiros anos da epidemia.

De qualquer forma, a necessidade de entender essa mudança no perfil da infecção motivou a mudança no foco da análise da epidemia. Novamente seguindo as tendências de análise da epidemia no âmbito internacional, a infecção pelo HIV passou a ser entendida com base nos comportamentos de risco, ou seja, qualquer indivíduo poderia ser infectado desde que o seu comportamento o colocasse em risco. Os comportamentos de risco identificados até aquele momento estavam vinculados à promiscuidade sexual, homo, bi ou heterossexual, e a práticas como o sexo anal desprotegido ou o compartilhamento de seringas. Sendo assim, passou-se a promover que as pessoas poderiam estar em risco de infecção se tivessem essas práticas, independentemente de

26,5:1. A leitura da notação 26,5:1 indica que, naquele ano, para cada caso de aids diagnosticado entre mulheres, foram diagnosticados 26,5 casos de aids em homens.

sua orientação sexual. Entre as mulheres, ressaltou-se que o maior risco acometia as profissionais do sexo e as usuárias de drogas injetáveis.

A deficiência desse modelo de análise ficou evidente ao se considerar que, além de a categoria feminina UDI ter declinado ao longo do tempo, “mais da metade das mulheres portadoras do HIV tiveram, em média, de 2 a 3 parceiros ao longo da vida” (VILLELA, 2007: 11), não sendo legítimo afirmar, portanto, que a maioria dessas mulheres tenha sido infectada por estar em um grupo de risco ou porque sua conduta lhe reservasse essa condição.

A feminização da epidemia determinou também o aumento da importância das infecções “verticais” (da mãe para o filho) que, no total de notificações de menores de 13 anos, passaram de 55,3% entre 1983 e 1990 para 87,7% entre 1991 e 2000 (BRASIL, 2002).

Outra tendência anunciada pela trajetória da epidemia no Brasil, que tampouco foi explicada pelas abordagens centradas na idéia de risco, é o processo de pauperização indicado pela variação da escolaridade e posição no mercado de trabalho dos casos de aids notificados ao longo do tempo¹⁵. No início da epidemia, os casos se concentravam nos estratos mais escolarizados o que se alterou, progressivamente, levando à maior incidência, e prevalência, entre grupos populacionais de mais baixa escolaridade (FONSECA et.al., 2000). Além disso, a análise dos casos de infecção segundo a informação sobre participação no mercado de trabalho, ocupação e *status* sócio-econômico entre 1987 e 1998, revela que a incidência da aids tem aumentado, progressivamente, entre indivíduos em posição desvantajosa no mercado de trabalho, tais como aqueles que ocupam as categorias classificadas como “manuais” e os não ocupados (FONSECA et.al., 2003).

Como verificado por GRANJEIRO (1994), em análise com base nos dados do município de São Paulo, a distribuição de casos de aids no espaço urbano também permite verificar o processo de pauperização associado à epidemia. Os resultados de seu

¹⁵ BASTOS (1995) ressalta que pode haver, no processo de pauperização da epidemia, elementos que se explicam pelo fato de a difusão da AIDS ter ocorrido durante a década de oitenta, período caracterizado pela deterioração das condições econômicas da população em geral.

trabalho mostram que regiões de nível socioeconômico mais elevado apresentam redução no número absoluto de casos ao longo do tempo, maior controle da epidemia e maior tempo médio de vida a partir do diagnóstico soropositivo. O comportamento inverso é observado nas regiões menos favorecidas.

Se por um lado a população pobre vem sendo atingida com mais intensidade, dada a relação que a pobreza e a capacidade de enfrentamento ao risco de infecção guardam entre si, por outro lado, os já infectados têm a sua situação de pobreza agravada pela condição sorológica. Esse agravamento se faz notar, entre outras coisas, pela maior dificuldade de inserção, ou de permanência, do soropositivo no mercado laboral e pelo aumento dos gastos com saúde já que, embora o tratamento com anti-retrovirais seja oferecido gratuitamente pela rede pública de saúde, a doença se caracteriza por um amplo quadro de sintomas e infecções associadas que precisam ser tratados, e que, normalmente, se manifestam antes que a infecção pelo HIV tenha sido constatada.

Observa-se, ainda, que há associação entre a tendência de pauperização e a de feminização posto que o aumento do número de pessoas infectadas que têm até oito anos de escolaridade é mais agudo para as mulheres. Em 2000, do total de casos entre mulheres maiores de 19 anos, 68,4% era de mulheres com menos de oito anos de educação formal, ao passo que, para os homens, essa proporção era da ordem de 48,1% (BRASIL, 2000 apud VILLELA, 2007:11).

Dada a tendência de pauperização da AIDS e, uma vez que, no Brasil, ser preto ou pardo aumenta as chances de ser pobre (HENRIQUES, 2001), é plausível pressupor que a população negra¹⁶ venha sendo mais gravemente atingida pela infecção do HIV. O quesito raça/cor foi incluído na ficha de notificações apenas no ano 2000 e a série de dados com a que se conta não permite concluir a respeito dessa questão. Na observação

¹⁶ No Censo Demográfico Brasileiro, a classificação racial de um indivíduo é captada em cinco categorias: branco, preto, pardo, amarelo e indígena. Nas análises em que faz uso da informação sobre raça, o IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - utiliza a categoria “negro” para agrupar os indivíduos pretos e pardos. O agrupamento é uma tentativa de minimizar o efeito do fenômeno denominado “migração das cores”. Esse fenômeno se constata, por exemplo, nos processos de embranquecimento e escurecimento da população que estão relacionados a variações na declaração racial em função da condição socioeconômica dos indivíduos. O viés de migração de cores mais expressivo ocorre entre pretos e pardos: quando gozam de melhores condições socioeconômicas, indivíduos pretos tendem a se declarar pardos e pardos tendem a se declarar brancos. De maneira análoga, muitos brancos se declaram pardos e esses se declaram pretos, quando experimentam piores condições (WOOD e CARVALHO, 1994; BRASIL, 2005b).

dos dados disponíveis até agora, para indivíduos de ambos os sexos, constata-se o aumento persistente da proporção de casos em pardos, o declínio de casos em brancos e a aproximada estabilidade entre os pretos (BRASIL, 2005a).

A observação conjunta dos dados sobre AIDS, raça e pobreza sugere a maior vulnerabilidade da população negra, contudo, essa tem grande dificuldade de avaliar seu risco adequadamente. Entre outras coisas, isso pode se dever à força que a imagem midiática do soropositivo, herdada da concepção dos grupos de risco, como sendo o homossexual branco de classe média (BATISTA, 2002). Na tentativa de sanar esse entrave à prevenção entre os grupos negros, em 2005, o lema da campanha nacional de prevenção à aids relacionou a problemática da aids à do racismo, reclamando a construção de um país livre de preconceitos.

Finalmente, entre as mudanças que vêm sendo apontadas pelos dados epidemiológicos da AIDS, está também o processo de interiorização da epidemia. Tal processo é constatado por elementos tais como: a) a presença de casos em um número cada vez mais alto de municípios; b) a evolução da epidemia em municípios de médio porte; c) o cálculo da taxa de incidência proporcional ao número de habitantes aponta resultados mais altos em municípios que não as capitais de estado; d) a diminuição da participação relativa das capitais de estado, concomitante ao aumento da participação dos municípios do interior, quanto ao total de óbitos por aids (BASTOS e BARCELLOS, 1995; VALDVOGEL e MORAIS, 1998; PARKER e CAMARGO JR., 2000).

As alterações verificadas nas tendências da infecção no Brasil evidenciam o intenso ritmo de transformação da AIDS no país; de fato, CASTILHO e BASTOS (1997) apontam que o Brasil tem uma das epidemias mais mutáveis do mundo. Para os autores, a mutabilidade do padrão de difusão da epidemia poderia ser explicada pela “eficiência” com que elementos macrossociais, tais como as desigualdades estruturais brasileiras, se combinam com fatores da esfera íntima, como o comportamento sexual.

Tendo em vista as tendências de mudança da epidemia que se descreveu, percebe-se que, também no Brasil, foi preciso adotar um modelo explicativo mais abrangente e que integrasse as dimensões individuais e extra individuais, tais como os níveis cultural, socioeconômico e institucional. Para tal, adotou-se o enfoque da vulnerabilidade com a

intenção de chamar a atenção para os variados aspectos que influenciam no perfil da infecção em diferentes momentos.

No terceiro capítulo desta tese, apresenta-se uma revisão mais aprofundada do conceito de vulnerabilidade, buscando elaborar um arcabouço de análise que permita identificar os grupos particularmente vulneráveis da população brasileira, de maneira que seja possível evidenciar suas nuances em várias dimensões.

3. Vulnerabilidade à infecção pelo HIV: conceitos, perspectivas de análise e marco de referência

Concepções de vulnerabilidade, as mais diversas, vêm sendo aplicadas em diferentes áreas do conhecimento, indicando suas múltiplas conotações. Diversos autores já comentaram a natureza polissêmica desse conceito (entre outros, AYRES et. al., 1999; DELOR e HUBERT, 2000; ALWANG, SIEGEL e JORGENSEN, 2001; CEPAL, 2002) e a atribuem a fatores tais como a sua juventude, a sua dificuldade de operacionalização, ou o fato do seu significado diferir entre os idiomas.

Em sua revisão sobre como distintas disciplinas conceitualizam e mensuram a vulnerabilidade, ALWANG, SIEGEL e JORGENSEN (2001) identificaram a existência de um núcleo comum à maioria delas, qual seja, o fato de se estruturarem segundo uma lógica que pode ser resumida como risco-resposta-conseqüência (*risk-response-outcome*). Segundo essa lógica, um indivíduo, ou, por exemplo, um domicílio ou família, está vulnerável a enfrentar uma conseqüência indesejada e essa vulnerabilidade advém da exposição a um risco. Evidentemente, diferentes disciplinas abordam a vulnerabilidade a riscos de distinta natureza tais como a pobreza, a fome, os desastres ambientais e os mais diversos agravos de saúde; além disso, o que é considerado um risco ou uma conseqüência indesejável em um contexto pode não o ser em outro. Normalmente, a indesejabilidade da conseqüência é estabelecida por um padrão de referência; no caso da vulnerabilidade à pobreza, por exemplo, deve ser estabelecido o rendimento mínimo que uma família deve ter para não ser considerada pobre¹⁷.

Embora variem quanto ao método utilizado e ao êxito na estimação, de maneira geral, as áreas que abordam a questão com base na estrutura risco-resposta-conseqüência mensuram o grau de vulnerabilidade como um produto da associação entre as características de exposição ao risco e a capacidade de resposta.

¹⁷ Não se está propondo aqui que linhas de rendimento mínimo são eficientes se utilizadas como instrumento único de mensuração da vulnerabilidade à pobreza. De fato, um grupo considerável de pessoas se move em torno dessas linhas de corte estando ora um pouco acima, ora um pouco abaixo, sem que isso tenha impacto real sobre a sua condição econômica. Estudada com base no enfoque da vulnerabilidade, a pobreza pode ter, como um de seus indicadores, uma linha de rendimento mínimo; porém, a esse indicador somam-se outros como o patrimônio físico de que o indivíduo (ou outra unidade de análise considerada) dispõe, as redes sociais em que está inserido, o seu capital humano etc. A esse respeito ver, por exemplo, CEPAL (2002).

Este trabalho aborda a vulnerabilidade individual à infecção pelo HIV por via sexual sob o ângulo risco-resposta-conseqüência. Acorde com o explicado anteriormente, a conseqüência indesejável com a qual se está lidando, neste caso, é a infecção pelo HIV por via sexual. O conjunto de elementos que integram as dimensões exposição ao risco e capacidade de resposta serão mais bem explicitados na seção 3.3 deste capítulo, na qual se expõe o marco de referência.

O marco de referência foi inspirado em dois arcabouços de análise da vulnerabilidade. O primeiro, elaborado para o estudo da vulnerabilidade ao HIV, por MANN, TARANTOLA e NETTER (1992), lhe confere estofo teórico e algumas contribuições chave para o delineamento da estruturação empírica. O segundo, criado para ser uma estrutura geral de estudo sobre a vulnerabilidade, pelo Centro Latino-americano e Caribenho de Demografia (CELADE), lhe dá o cerne da estrutura empírica. Nas seções 3.1 e 3.2, apresenta-se o detalhamento das estruturas de análise inspiradoras do marco de referência adotado neste trabalho.

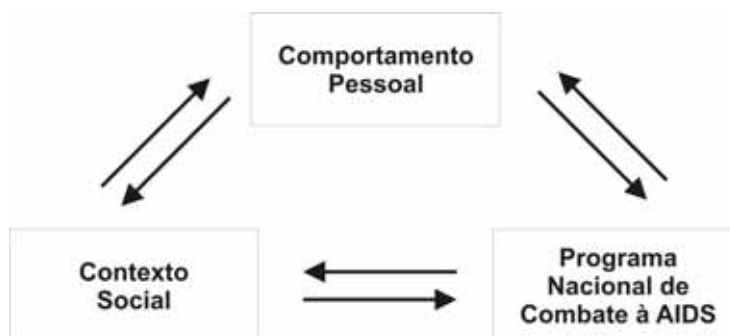
3.1. A vulnerabilidade à infecção pelo HIV: a trilha da Escola de Saúde Pública de Harvard

Conforme se comentou anteriormente, o arcabouço da vulnerabilidade tem sido apropriado em diferentes áreas do conhecimento e, em cada uma delas, guarda especificidades. No que diz respeito ao estudo da epidemia do HIV/AIDS, esse conceito ganhou força como alternativa, de maior alcance explicativo, à utilização exclusiva da noção de risco para compreender-se o curso da epidemia e desenvolvimento de estratégias de combate mais adequadas.

A obra seminal de estudo da vulnerabilidade ao HIV é a publicação *AIDS in the World*, que data de 1992. Nessa obra, MANN, TARANTOLA e NETTER oferecem um relatório sobre a história da AIDS, o seu impacto e as ações de combate ao redor do mundo. A análise contempla um período de, aproximadamente, 12 anos: dos primeiros casos da doença, no início da década de oitenta, aos meados de 1992. Além de contribuir para o desenvolvimento do conceito da vulnerabilidade e a sua possibilidade de aplicação ao estudo da epidemia da AIDS, os autores propõem um arcabouço de

análise e avaliação que contempla os níveis individual, social e programático (FIG. 3.1) e busca identificar, em todos eles, associação entre a susceptibilidade ao vírus e as condições de enfrentá-lo.

FIGURA 3.1: Vulnerabilidade à infecção pelo HIV



Fonte: MANN et al. (1992, p. 580)

De acordo com os autores, a lógica desse arcabouço é de que, embora o comportamento individual seja o maior determinante da infecção pelo HIV, ele é mutável e socialmente determinado. O comportamento pessoal varia de acordo com o ciclo de vida, as experiências pessoais, a influência de familiares, amigos e parceiros sexuais e esferas sociais mais amplas, tais como a religião ou o Estado. MANN, TARANTOLA e NETTER (1992) defendem que, por essa característica de mutabilidade da vulnerabilidade individual em função do contexto social, a busca de entendimento global do processo deve contemplar ambas as dimensões. Aliado a essas esferas, para realizar análises de âmbito nacional, deve ser considerado o programa nacional de combate à AIDS do país, que determina a resposta governamental à epidemia¹⁸.

Os autores discorrem amplamente sobre os níveis social e programático da vulnerabilidade, estabelecendo uma escala de pontos que pretende identificar, quantitativamente, o quão vulnerável está uma localidade. Eles alertam, no entanto, que, em uma dada sociedade, uma vez estabelecidos o entorno social e a força do programa

¹⁸ AYRES et. al. (1999) informam que, na publicação *Aids in the World II* (MANN e TARANTOLA, 1996), a esfera “Programa Nacional de Combate à AIDS” foi renomeada “Vulnerabilidade Programática”, destacando que a apreensão das ações de combate à AIDS ultrapassa o nível nacional. Como este trabalho não aprofunda sobre essa dimensão, considera-se que não há prejuízo em manter o nome adotado na publicação à qual se está fazendo referência.

nacional de combate à AIDS, cabe ao indivíduo a maior responsabilidade na redução da vulnerabilidade. Nesse sentido, embora os indivíduos dessa sociedade hipotética estejam expostos ao mesmo programa de combate à AIDS e vivam em um ambiente social similar, variam tanto a necessidade individual de informações, de educação, de serviços sociais e de saúde e de apoio social, como a capacidade de incorporar essas informações e serviços para enfrentar o risco. Em conclusão, tem-se que indivíduos de uma mesma localidade ou grupo social podem estar sujeitos a diferentes graus de vulnerabilidade, fato que corrobora a decisão desta tese de se debruçar, mais amplamente, sobre um aspecto bastante específico da vulnerabilidade ao HIV, isto é, a vulnerabilidade individual de infecção por via sexual incorporando-se, no caso, a relação entre parceiros sexuais.

A respeito da vertente que se elegeu discutir neste trabalho, MANN, TARANTOLA e NETTER (1992) destacam que, epidemiologicamente, a vulnerabilidade a que as pessoas estão sujeitas é variável, já que a transmissão do HIV depende de comportamentos e ações específicos e do contexto social¹⁹. Os autores lançam alguns pressupostos da vulnerabilidade individual ao HIV e à aids pela via sexual:

1º) *Todo indivíduo não infectado pelo HIV tem um grau potencial de vulnerabilidade à infecção e às suas conseqüências.* Esse grau será mínimo para um indivíduo sexualmente abstinente ou que pratica sexo não penetrativo. O grau aumenta com práticas de sexo penetrativo, com preservativo, em parceria de monogamia mútua e aumenta mais com a prática de sexo penetrativo sem preservativo, e/ou quando não há monogamia mútua.

¹⁹Embora ressaltem que, no aspecto epidemiológico, a vulnerabilidade dos indivíduos é variável, MANN, TARANTOLA e NETTER (1993) consideram que, biologicamente, todas as pessoas são igualmente vulneráveis à infecção pelo HIV, posto que, até aquele momento, não havia evidências para se pensar em fatores biológicos que implicassem na resistência à infecção. Contudo, descobertas realizadas em período posterior à publicação de tal trabalho comprovam que a vulnerabilidade biológica também é variável. A medicina tem estudado casos de exceção genética relativos a uma população de aproximadamente 200 profissionais do sexo kenianas, as chamadas “prostitutas de Nairobi”, que não contraem o vírus a despeito de terem relações sexuais, desprotegidas e freqüentes, com homens infectados. Outro fato que desperta grande atenção é o de pessoas que, embora infectadas pelo HIV, apresentam imunidade ao desenvolvimento da doença mesmo na ausência de tratamento. Esses indivíduos foram denominados, pela comunidade médica, como “sobreviventes de longo prazo” e estima-se que correspondam a 5% dos casos de infecção (BERGAMO, 2005).

2º) *Indivíduos que foram ou serão infectados pelo HIV estão vulneráveis a morbidades, desabilidades ou à morte, se lhes forem negados suporte social e serviços de saúde adequados.*

3º) *Precondições de natureza cognitiva, comportamental e social afetam os graus individuais de vulnerabilidade à infecção pelo HIV, de transmitir o vírus a terceiros, e de estar sujeito à falta de suporte social e serviços de saúde adequados.* Dentre essas condições destacam-se: a consciência dos modos e risco de transmissão sexual do HIV e dos métodos de prevenção contra o HIV e outras DSTs; o comportamento sexual autodeterminado (abstinência sexual, prática de sexo seguro, monogamia, redução do número de parceiros); a aquisição de habilidades (uso apropriado de camisinha, prática de sexo não-penetrativo, habilidade de negociação das práticas sexuais); o poder de negociação sexual com parceiro regular/ocasional; o acesso à informação, camisinha, parceiros sexuais seguros, teste e aconselhamento voluntário e confidencial, fontes de renda alternativas (para profissionais do sexo), diagnóstico e tratamento de DSTs. Observe-se que, embora esteja se tratando da vulnerabilidade individual, o impacto da dimensão social está presente no indivíduo e é uma das precondições que afetam o seu grau de vulnerabilidade.

O trabalho de MANN, TARANTOLA e NETTER (1992) é mais bem estruturado, do ponto de vista da mensuração e da classificação dos graus de vulnerabilidade, para os níveis social e do programa nacional de combate à AIDS. No nível individual a riqueza do trabalho é, fundamentalmente, a sua contribuição analítica.

Como já se observou anteriormente, o nível individual de vulnerabilidade é afetado por condições cognitivas, comportamentais e sociais. As condições sociais que foram descritas pelos autores são: o poder de negociação com parceiros fixos e/ou eventuais e o acesso à informação e recursos de prevenção, diagnóstico e tratamento. Destacar que a dimensão social intervém no grau de vulnerabilidade individual é um mérito desse modelo; contudo, como ele apenas menciona o poder de negociação, sem se aprofundar a seu respeito e, assim, não aprofunda sobre o fato de que o poder de negociação é fruto de uma inter-relação entre, pelo menos, duas pessoas que carregam diferentes trajetórias e perspectivas de vida. A forma como se conjugam, em cada parceria, as biografias dos

parceiros, determina que, a cada um deles, correspondam graus de poder de negociação das práticas que podem, ou não, ser equivalentes.

O grau de poder de um indivíduo pode variar, ao longo do tempo e segundo as circunstâncias, conforme mudam as suas características pessoais, os seus parceiros e as características de seus parceiros. Nesse sentido, o poder de negociação dos indivíduos não é estanque e é sempre relacional. Dessa forma, entende-se que a esfera de poder envolvida nessa negociação reflete, diretamente, a maneira como estão configuradas as relações de gênero. Considera-se, portanto, que o modelo ora discutido deveria ater-se a elas com mais atenção ou, ao menos, mencioná-las diretamente.

MANN, TARANTOLA e NETTER (1992) criticam o fato de que “decisões sobre práticas sexuais mais seguras raramente são tomadas isoladamente, no entanto, a maioria das intervenções ao HIV é focada no indivíduo”²⁰ (p. 342). Essa crítica, porém, não se reflete em um aprofundamento de seu modelo sobre os diversos componentes do foro de decisão das práticas sexuais.

GUILHEM (2005) também demandou a explicitação da questão de gênero no arcabouço da vulnerabilidade proposto por MANN, TARANTOLA e NETTER (1992), sob a justificativa de que, de outra maneira, não é possível compreender a dinâmica de poder da parceria. Essa autora, contudo, considera que, por não aprofundar nas questões de gênero e nas relações de poder e por entender que o empoderamento é um processo individual, o modelo criticado coloca “a responsabilidade pela mudança dos padrões inteiramente na mão da pessoa” desconsiderando, assim, que “as pessoas refletem em suas atitudes cotidianas o processo de moralização ao qual são submetidas” (GUILHEM, 2005: 55).

Nesta tese, discorda-se da crítica feita por GUILHEM (2005) pois, o que de fato afirmam MANN, TARANTOLA e NETTER (1992: 339, *itálicas minhas*), ao longo de seu trabalho, é que

²⁰Tradução, feita pela autora, do trecho: “Decisions about safer sexual practices are rarely made in isolation, yet most HIV prevention interventions are aimed at the individual.” (MANN, TARANTOLA e NETTER, 1992: 342)

“um indivíduo não é empoderado por outros; ao contrário, um pessoa deve empoderar-se a si própria. Assim, o papel do ambiente social é remover barreiras para o empoderamento pessoal e facilitar esse processo. (...). A AIDS esbarra em *normas da comunidade* que refletem *valores coletivos* sobre os quais a discussão é muitas vezes considerada um tabu. A *compreensão dessas normas* e de como *envolver a comunidade* em seu *processo de transformação* é uma parte importante da prevenção ao HIV”²¹.

Sendo assim, embora seja um fato que o arcabouço proposto pelos autores da Escola de Saúde Pública de Harvard não se estenda sobre as questões culturais e sobre como elas intervêm na perda ou aquisição de poder dos indivíduos, tampouco parece razoável, desconsiderar que ele ressalta a questão. Contribuir na construção de um arcabouço conceitual e analítico suficientemente abrangente para avaliar a vulnerabilidade ao HIV, como o faz GUILHEM (2005) em suas críticas e reflexões, é uma das pretensões deste trabalho.

Focalizando, especificamente, os relacionamentos heterossexuais, compreender o poder de negociação entre parceiros requer o entendimento das estruturas sob as quais a sexualidade feminina e masculina foi talhada. Historicamente, esse entalhe se deu pela admissão e fomento de uma moral dupla pautada no entendimento de que a sexualidade do homem é, em grande medida, incontrolável, ao passo que a da mulher pode e deve ser controlada socialmente.

Por um lado, a cultura de gênero pode fomentar que homens tenham variedade e, eventualmente, concomitância de parcerias sexuais. Nesse aspecto, recusar uma mulher que esteja disposta ao sexo pode colocar em risco a sua masculinidade. Por outro lado, essa cultura entende que a monogamia, a fidelidade e a tolerância são qualidades inatas à mulher. Autores como VALLIN (2004) consideram que a existência dessa moralidade dupla, de alguma maneira, protegeu as mulheres da exposição ao risco de infecção pelo HIV. Em oposição a essa visão, nesta tese entende-se que, levada ao âmbito da vulnerabilidade ao HIV, essa moralidade dupla é responsável pela maior exposição ao risco, tanto de mulheres como de homens, e compromete as suas condições de defesa.

²¹ Tradução, feita pela autora, do trecho: “An individual is not empowered by others; rather, a person must empower himself or herself. Therefore, the positive role of the social environment is to remove barriers to personal empowerment and to facilitate this process. (...). AIDS pushes the frontiers of community norms, which reflect collective values, many of which are taboo topics of discussion. Understanding community norms and how to involve communities in the process of changing norms is an important part of HIV prevention.” (MANN, TARANTOLA e NETTER, 1992: 339)

Outro aspecto dessa cultura de gênero, em relação aos homens, é valorizar o comportamento audaz nas mais diversas esferas, inclusive naquelas que os expõem a riscos de saúde. Esse fato, ao mesmo tempo em que inibe o comportamento preventivo entre os homens, afeta diretamente as mulheres tanto por serem elas as suas parceiras como porque, tradicionalmente, lhes é incentivada a atitude pouco questionadora a respeito do comportamento de seus companheiros. O contexto descrito é agravado pelo fato de o principal recurso de prevenção, isto é, o preservativo masculino, por definição, ter o seu uso determinado pelo homem.

Quando descrevem as condições sociais da vulnerabilidade individual, MANN, TARANTOLA e NETTER (1992) mencionam o poder de negociação com o parceiro fixo e o poder de negociação com os parceiros eventuais. Com efeito, diversos trabalhos chamam a atenção ao fato de que a negociação entre parceiros estáveis encontra maior dificuldade pelo significado que se atribui à aliança estabelecida e às categorias amor e confiança (entre outros, GUIMARÃES, 1996a; MARTIN, 1997). Bem como chama atenção VILLELA (1996: 187), a

“(...) diversidade de situações em que as mulheres vivem a sua sexualidade - relações estáveis e prolongadas, relações fugazes, início de relação - e a diversidade mesma existente entre mulheres - etária, econômica, social e individual - conferem graus distintos de vulnerabilidade às mulheres, impedindo que se formulem estratégias universais de facilitação para a negociação de um encontro sexual com menos riscos de transmissão do HIV”.

Como se vê, ao limitar a dimensão social da vulnerabilidade individual à associação do poder de negociação com parceiros ao acesso à informação e recursos diagnósticos e de tratamento, MANN, TARANTOLA e NETTER (1992) desconsideram que o exercício do poder está mediado por relações várias, como as de gênero, sobre as quais se chamou a atenção anteriormente, e outras, como a raça e a classe social dos indivíduos envolvidos.

Conforme indicado na introdução deste trabalho, na elaboração do marco de referência que se utiliza nesta tese, optou-se por fortalecer o já rico potencial analítico do arcabouço de MANN, TARANTOLA e NETTER (1992) com uma elaboração mais

aprofundada sobre a dimensão de gênero e, assim, associá-lo à proposta do CELADE (CEPAL, 2002) para a avaliação da vulnerabilidade. A maior virtude desse segundo trabalho é a construção de uma estrutura analítica que descreve o processo implícito à vulnerabilização ou ao empoderamento da unidade de análise considerada, desenvolvendo, de forma mais detalhada, as dimensões risco e capacidade de resposta de maneira suficientemente aberta, como para que sejam incluídos aspectos sociais diversos, oferecendo, portanto, maior potencial para a operacionalização. Esse arcabouço é descrito na seção 3.2.

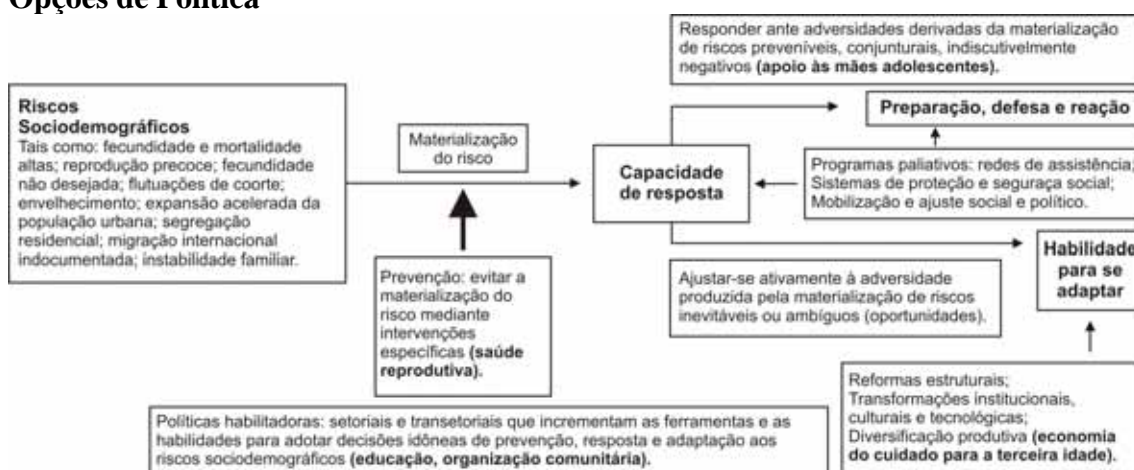
3.2. Proposta do CELADE para a análise da vulnerabilidade sociodemográfica

A divisão de população da Comissão Econômica para a América Latina e Caribe (CEPAL), o CELADE, desenvolveu uma série de trabalhos sobre as diferentes expressões da vulnerabilidade social na América Latina e Caribe, em particular sobre a vulnerabilidade sociodemográfica (entre outros VIGNOLI, 2000 e 2001; BROWN, 2002; BUSSO, 2002; CEPAL, 2002) .

O conceito de vulnerabilidade adotado pela instituição foi elaborado com vistas ao estabelecimento de um marco de referência que fosse suficientemente geral para ser utilizado na análise dos mais diversos aspectos da realidade, independentemente da natureza do risco envolvido e do segmento social afetado.

A FIG. 3.2 descreve o marco, mostrando o mecanismo percorrido pela vulnerabilidade quando o risco que se tem em conta é de ordem sociodemográfica. Diagramas semelhantes podem ser esboçados para riscos de outra natureza e tendo em vista diferentes níveis de análise, tais como o indivíduo.

FIGURA 3.2: Vulnerabilidade Sociodemográfica: Esquema Analítico Básico e Opções de Política



Fonte: CEPAL (2002, p. 23). Tradução própria.

Observação: Optou-se por manter os destaques do original, que facilitam a compreensão da aplicabilidade do modelo. Em negrito, entre parênteses, são oferecidos exemplos para algumas dimensões.

Segundo a representação exposta na FIG. 3.2, dada a existência e materialização de um risco de ordem sociodemográfica, entra em ação a capacidade de responder a ele, que está subdividida em “preparação, defesa e reação” e “habilidade para se adaptar”. Sobre a interação entre risco e capacidade de resposta deve atuar a prevenção. A administração de medidas preventivas adequadas, potencialmente, evita a materialização do risco e aumenta a capacidade de enfrentamento. As duas dimensões que compõem a capacidade de resposta se diferenciam por enfatizarem, respectivamente, a preparação para a mudança e a mudança propriamente dita.

O tempo é uma variável que, embora externa a esse marco de referência, lhe é determinante. De acordo com o CELADE, a aquisição da habilidade para se adaptar ao cenário de risco não é imediata e, dependendo da gravidade do risco que se tem em conta, a duração desse processo pode implicar em graves prejuízos à sociedade.

Essa estruturação da vulnerabilidade evidencia as clivagens sociais existentes posto que o impacto das medidas preventivas e, por conseguinte, a capacidade de resposta, se diferencia entre os segmentos socioeconômicos e culturais. Também o tempo de duração do processo de adaptação varia entre os segmentos sociais.

Um problema desse modelo é o pressuposto, implícito, de que a adaptação ocorre sempre, mesmo que demore, e é sempre positiva. Nesse sentido, o modelo está

amparado sob uma perspectiva funcionalista que entende que o comportamento do sujeito se adequa, em última instância, às imposições da sociedade. Sob um entendimento mais abrangente percebe-se que a sociedade não necessariamente compele o indivíduo a se adaptar a ela de uma determinada forma, e que os indivíduos podem responder diferentemente a uma dada situação. À luz dessa outra perspectiva, entende-se que a adaptação a uma dada situação não é, necessariamente, positiva.

Um exemplo claro de que a adaptação a um cenário de risco pode ser negativa, do ponto de vista da resposta que se dá às medidas de prevenção, é o fatalismo com que muitas populações africanas encaram a AIDS. Estudos realizados na Nigéria e em Gana revelaram que um dos maiores obstáculos à mudança de comportamento em função da AIDS, nessas localidades, é a sua atitude destemida diante da morte. Nessas sociedades há a crença recorrente de que, já que todos morrem, não interessa qual é a causa que leva à morte. Ademais, como se trata de sociedades com alto nível de mortalidade, causas de morte com letalidade iminente, tais como a malária, a inanição ou os acidentes de trânsito, preocupam mais do que a aids (CALDWELL, ORUBULOYE e CALDWELL, 1999; AWUSABO-ASARE, 1999).

Embora o grupo do CELADE não discorra particularmente sobre a vulnerabilidade à infecção pelo HIV, considera-se frutífera a associação da estrutura analítica que propõem com o embasamento teórico oferecido por MANN, TARANTOLA e NETTER (1992). Da integração das duas propostas, buscando sanar as dificuldades de ambas, gerou-se o marco de referência deste trabalho, que está descrito na seção 3.3.

3.3. Marco de referência deste trabalho

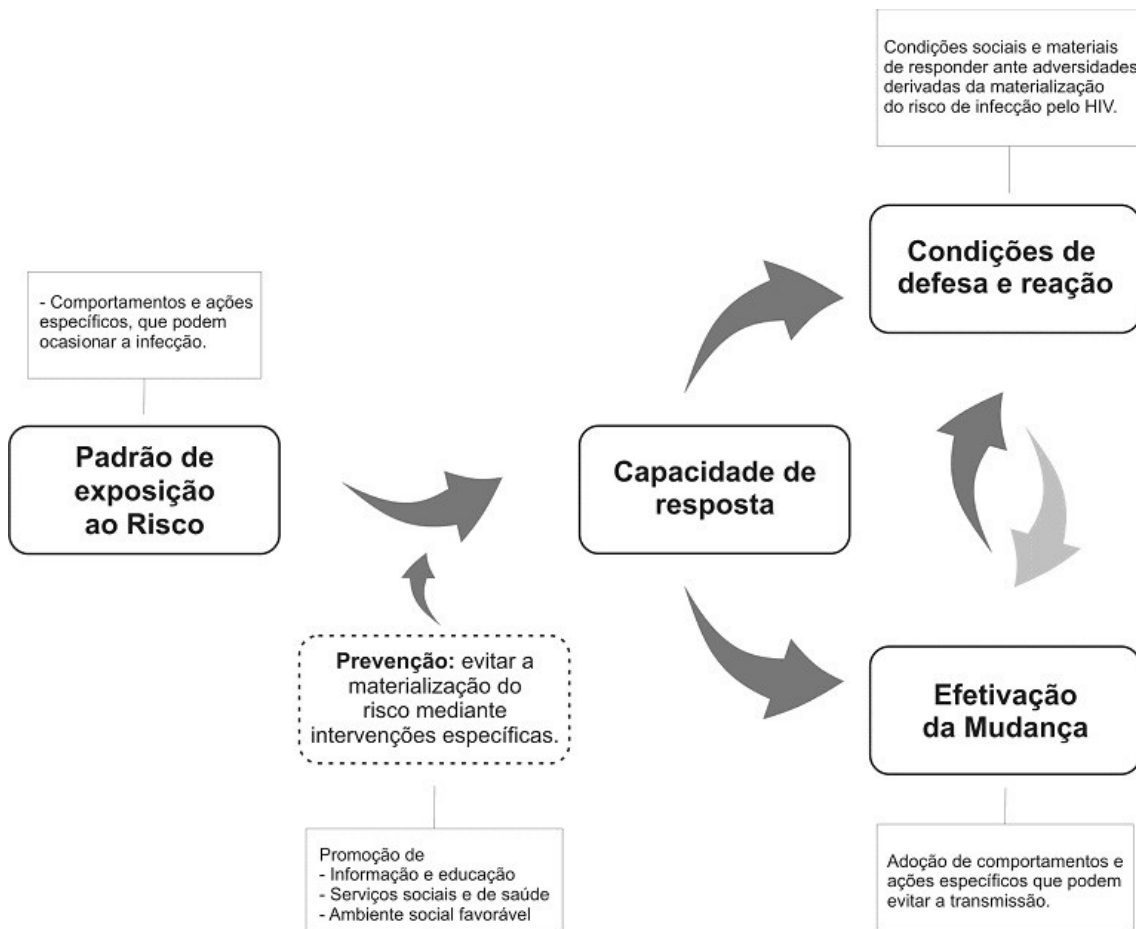
A aliança entre a contribuição teórica do trabalho da escola de Harvard e o esforço de estruturação empírica do trabalho do CELADE dá embasamento sólido para se compreender o debate relacionado à vulnerabilidade individual à infecção pelo HIV por via sexual e prosseguir à etapa posterior deste trabalho, qual seja, a construção de uma tipologia sobre a questão.

Dos três pressupostos estabelecidos por MANN, TARANTOLA e NETTER (1992), mantém-se o primeiro, de acordo com o qual, todo indivíduo tem algum grau, ainda que

mínimo, de vulnerabilidade à infecção pelo HIV e faz-se a revisão do terceiro, visando incluir as relações de gênero dentre as condições de ordem social que se somam às dimensões cognitivas e comportamentais na determinação do grau de vulnerabilidade do indivíduo. Não se mantém o segundo pressuposto, que dispõe que a ausência de serviços de saúde adequados aumenta a vulnerabilidade de indivíduos soropositivos às morbidades associadas à infecção. Embora o segundo pressuposto tenha grande relevância na compreensão global das vulnerabilidades associadas ao HIV, não é elemento de interesse neste marco, já que o mesmo se refere à vulnerabilidade à infecção e não ao adoecimento que lhe é posterior.

A exemplo das duas estruturas que o inspiram, no marco deste trabalho, a vulnerabilidade individual à infecção pelo HIV, por via sexual, é entendida pela combinação entre o padrão de exposição do indivíduo ao risco e a sua capacidade de responder ao mesmo. Uma adaptação da estrutura gráfica de avaliação da vulnerabilidade oferecida pelo CELADE (2002), já apresentada na FIG. 3.2, descreve a relação entre as dimensões que compõem o processo que ora se estuda (FIG. 3.3).

FIGURA 3.3: Vulnerabilidade individual à infecção pelo HIV por via sexual



Fonte: Elaboração própria.

Como se verifica no diagrama, o padrão de exposição ao risco decorre da adoção de comportamentos e ações específicos que podem levar à infecção. A capacidade de resposta, por outro lado, está composta por duas esferas distintas: as condições de defesa e reação e a efetivação da mudança.

As condições de defesa e reação refletem a esfera da preparação do indivíduo para se proteger contra o risco e reagir a ele. A adaptação ao novo cenário, por sua vez, diz respeito à incorporação das estratégias de defesa e reação na dinâmica de vida do indivíduo em um cenário de risco materializado.

Conforme lembram MANN, TARANTOLA e NETTER (1992), a prevenção ao HIV não pode ser administrada a uma população “passiva”, como é o caso quando se trata da oferta de serviços como, por exemplo, o saneamento. Para ser eficiente, a prevenção

deve capacitar indivíduos a responder ativamente contra a infecção, de maneira que o seu fim último é o seu “empoderamento”.

No modelo que se está operacionalizando, medidas de prevenção atuam na interface risco-capacidade de resposta e impactam, potencial e simultaneamente, na redução do risco e no aumento da capacidade de resposta. A prevenção atinge os indivíduos e é internalizada por eles de maneira diferenciada; assim, entende-se que uma mesma campanha de informação pode produzir resultados diferentes entre os indivíduos, ainda que eles compartilhem o mesmo padrão de exposição ao risco.

Em síntese, o grau de vulnerabilidade de um indivíduo depende da combinação entre as dimensões anteriormente descritas. De alta vulnerabilidade à infecção pelo HIV, por exemplo, será um indivíduo altamente exposto ao risco de infecção e com baixa capacidade de resposta. Por outro lado, um indivíduo com baixa exposição ao risco e alta capacidade de resposta está sujeito a um grau mínimo de vulnerabilidade, ao passo que a baixa exposição associada à baixa capacidade de resposta resultaria em alto grau de vulnerabilidade.

A divisão de meio ambiente do Banco Mundial esboçou possibilidades de combinação entre risco e capacidade de enfrentamento, buscando apontar o resultado provável de cada combinação quanto ao grau de vulnerabilidade ambiental de domicílios (QUAD. 3.1). Embora este trabalho não trate de vulnerabilidade ambiental e nem aborde o nível domiciliar, considera-se que a apreciação do quadro é adequada ao entendimento dos graus de vulnerabilidade individual à infecção pelo HIV por via sexual com base no modelo que se está utilizando para o estudo da vulnerabilidade à infecção pelo HIV por via sexual. Ressalta-se que, para este estudo, o quadro deve ser lido apenas como um exemplo do efeito das combinações sobre a determinação do grau de vulnerabilidade. A ressalva se faz necessária devido à amplitude de combinações possíveis, o que indica que o matiz da vulnerabilidade ultrapassa os limites dessa representação.

QUADRO 3.1: Vulnerabilidade Ambiental: Exposição ao risco e capacidade de enfrentamento

		Capacidade de enfrentamento	
		Alta	Baixa
Exposição ao Risco	Alta	Baixa Vulnerabilidade	Alta Vulnerabilidade
	Baixa	Muito baixa vulnerabilidade	Baixa Vulnerabilidade

Fonte: SHARMA et. al. (2000 apud ALWANG, SIEGEL e JORGENSEN, 2001 p. 22). Tradução própria.

A seguir, aprofunda-se sobre as dimensões de interesse, tendo em vista as variáveis que as compõem e a maneira como estão relacionadas teoricamente com a vulnerabilidade à infecção pelo HIV pela via sexual.

3.3.1. O padrão de exposição ao risco

Bem como se ressaltou anteriormente, para ocorrer, a infecção pelo HIV depende de ações e comportamentos específicos. Este trabalho versa sobre a transmissão por via sexual, e, portanto, os comportamentos que mais interessam, neste caso, dizem respeito à vivência da sexualidade por parte dos indivíduos aos fatores socioculturais que determinam essa vivência. A esse respeito, sabe-se que a abstinência sexual e o sexo não penetrativo são as práticas que envolvem mais baixo risco. O uso consistente de preservativo e a prática sexual monogâmica têm sido preconizados como o comportamento mais desejável no tocante à redução do risco de infecção. São fatores que aumentam o risco da prática de sexo penetrativo em relações heterossexuais: praticar sexo anal, estar infectado por alguma DST, usar a esterilização como método anticonceptivo.

Por uma questão “anatômica”, a mulher está em maior risco de infecção durante o sexo penetrativo. A carga viral do sêmen é, de maneira geral, mais elevada do que a da mucosa vaginal. Durante a ejaculação, e depois dela, uma grande extensão da mucosa vaginal fica em contato com o sêmen por um período de tempo considerável. No sexo vaginal, portanto, a chance de transmissão do vírus é superior para a mulher. Ademais, a prática de coito anal aumenta consideravelmente a chance de infecção, pois além de, nessa prática, a exposição ao risco de infecção se assemelhar anatomicamente àquela presente no sexo vaginal, a mucosa da região anal é mais frágil e, portanto, mais sujeita

à ocorrência de pequenos cortes, durante a penetração, que podem causar sangramentos e promover o contato direto entre o sangue e o sêmen (BARBOSA, 2003).

A relação entre DSTs e HIV tem sido amplamente discutida na literatura (WASSERHEIT, 1991; La GUARDIA, 1991; BARBOSA, 2003). Em geral, os autores citam que, em homens soropositivos, também infectados por outra DST, sobe a concentração de HIV no sêmen, aumentando, assim, a sua chance de infectar a parceira. Entre as mulheres, na presença de uma DST, a vagina pode apresentar pequenos ferimentos ficando mais exposta à outra infecção. Além disso, como a maioria das DSTs é assintomática na mulher, um grande contingente delas pode não saber que tem alguma DST, desconhecendo, também, o fato de estar em risco de infecção pelo HIV.

Assim como explicitado nos itens que descreveram a elaboração do marco teórico, o comportamento pessoal está pautado pela maneira como o indivíduo internaliza componentes sociais, culturais e institucionais, e como responde a eles. As relações de gênero, a religiosidade e a estigmatização da aids são alguns dos elementos sociais e institucionais cuja internalização interfere na configuração individual da exposição ao risco de infecção.

A maioria das religiões - senão todas - preconizam a fidelidade conjugal e fundamentam muito de sua doutrina na vida familiar. Levado a termo, esse ensinamento tem um potencial altamente preventivo contra a infecção. Por outro lado, sabe-se que nas parcerias estabelecidas pelos fiéis, bem como nas parcerias dos não religiosos, essa premissa nem sempre se cumpre e, quando é o caso, os fiéis raramente encontram, no âmbito da comunidade religiosa, ferramentas para se prevenir contra o risco. No caso da Igreja Católica, por exemplo, a abstinência sexual e a fidelidade conjugal dos casados são as únicas medidas preventivas aceitas, sendo que a promoção e o uso da camisinha são combatidos, chegando-se mesmo a questionar a eficácia do produto. OROZCO (2002) comenta a falsa sensação de proteção que mulheres católicas soropositivas sentiam antes de serem infectadas pelo parceiro único ao qual, cumprindo as expectativas religiosas, eram fiéis. Por outro lado, em um estudo com gestantes realizando pré-natal em serviços de referência em Brasília (DF), GUILHEM (2005) constatou que mulheres evangélicas tendem à maior recusa do teste anti-HIV, o que lhes impõem uma vulnerabilidade aumentada. Segundo a autora, isso pode dever-se ao fato

de que, embora a grande maioria da população brasileira se declare católica, a existência de “não praticantes” é maior entre os católicos do que entre os evangélicos, determinando que os primeiros, mais freqüentemente do que os evangélicos, não sigam os preceitos de sua religião quanto à sexualidade, ou que os relativizem, adequando-os à sua realidade concreta.

A doutrina religiosa é apenas um dos muitos elementos que integram as expectativas sociais sobre a configuração das relações de gênero. No tocante a essas, e à maneira como elas determinam a vivência da sexualidade, conforme criticado por HEISE e ELIAS (1995) e BARBOSA (1999), as principais frentes de combate à AIDS (redução do número de parceiros, promoção do uso de preservativos e tratamento de outras DSTs em populações em risco de contrair o HIV) não se adequam à realidade de um grande número de mulheres. Dentre as razões para tal estão: o fato de a maioria delas serem monogâmicas, mas estarem sujeitas a um risco aumentado por seus parceiros manterem parcerias múltiplas; porque a decisão final sobre o uso do preservativo recai sobre o homem e, entre outras coisas pela dependência econômica, muitas mulheres têm baixo poder de negociação de práticas sexuais mais seguras; pela forte estigmatização pela qual passa a mulher em busca de serviços de tratamento a DSTs, provocando que esses tratamentos tenham de ser associados a outros serviços de saúde. Um grande número de estudos refere o temor à violência física e/ou psicológica mencionado por mulheres de diversos níveis sociais e culturais quando comentam a possibilidade de demandar o uso de preservativo aos seus parceiros, fundamentalmente, em relações estáveis. O receio mais freqüentemente mencionado é de que tal demanda colocaria sob suspeita a sua fidelidade (GUIMARÃES, 1996b; HEILBORN e GOUVEIA, 1999 entre outros).

Em parcerias estáveis, a aceitação do preservativo é maior quando o seu uso é justificado como anticonceptivo e não como método de prevenção de doenças. Esse é um elemento complicador nas tentativas de promoção da prática de sexo mais seguro, fundamentalmente quando confrontado com a alta prevalência de métodos contraceptivos definitivos. De acordo com a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), de 1996, cerca de 40% das mulheres em idade reprodutiva estavam esterilizadas e, dentre os homens entrevistados, a proporção de vasectomizados era de 2,4% (BEMFAM, 1997). Em um estudo comparativo entre mulheres esterilizadas e não esterilizadas, no município de São Paulo, observou-se a associação negativa entre uso

de preservativo e esterilização. Além do mais, as mulheres esterilizadas mostraram maior aderência aos padrões tradicionais de feminilidade (VILLELA e BARBOSA, 1996). MAGALHÃES et. al. (2002) observaram que, também entre as soropositivas, há grande resistência ao uso do preservativo quando a mulher é esterilizada, mesmo quando o parceiro é soronegativo.

Relações de gênero regidas por um padrão conservador não aumentam apenas a vulnerabilidade das mulheres, mas também a dos homens. Força, autoconfiança e invulnerabilidade são atributos que integram a construção cultural da masculinidade. Os homens tendem a replicar essa concepção em seu comportamento com respeito à saúde, facilmente envolvendo-se em práticas de risco nos mais diversos aspectos da saúde (COURTENAY, 2000). Em sua vida sexual, os homens são mais incentivados a assumir riscos do que responsabilidades, o que fica evidente, por exemplo, pelo arraigo da crença na naturalização da infidelidade masculina em contraposição à naturalização da fidelidade feminina (NASCIMENTO, [S.d]; GUERRIERO, AYRES e HEARST, 2002).

Para FOREMAN (1999) o êxito dos programas de prevenção depende da inclusão dos homens como um dos focos de atuação, pois eles têm determinado a trajetória da AIDS desde os seus começos. Primeiramente, pela grande expressão das categorias homo/bissexual e UDI (que são, majoritariamente, homens) dentro do quadro total de infecções e, em seguida, com a feminização da epidemia, pelo fato de a maioria das mulheres soropositivas terem sido infectadas por seus parceiros.

O grande desafio das campanhas de prevenção voltadas aos homens heterossexuais é, precisamente, lidar com os pilares que sustentam a identidade masculina e a sua relação com a idéia de grupos de risco, lamentavelmente ainda presente no imaginário social, segundo a qual a soropositividade masculina é quase um sinônimo de homossexualidade. Além disso, uma das primeiras tentativas de explicação da feminização da epidemia formulou, e difundiu, a idéia da “ponte bissexual”, isto é, de que as mulheres estariam sendo contaminadas em função do comportamento bissexual de seus maridos. Essa imagem colocou em xeque o fundamento da masculinidade e da virilidade e provocou certa animosidade dos homens heterossexuais às campanhas preventivas. A estigmatização do comportamento homo/bissexual e o medo de ser

incluído nessas categorias comprometeram a capacidade de autoavaliação do risco e autoproteção dos homens heterossexuais (GUIMARÃES, 1994; VILLELA, 1998).

De fato, a estigmatização e a discriminação marcam fortemente a epidemia da AIDS e a sua alta prevalência no ambiente social confere uma propriedade latente ao risco de infecção, tentando isolá-lo e colocá-lo na esfera do invisível e do “indizível”. Para PARKER e AGGLETON (2001:35), “a estigmatização e a discriminação devem ser entendidas como processos sociais ligados à reprodução da desigualdade e da exclusão”. Vista dessa maneira, a estigmatização consiste em uma relação de desvalorização do sujeito estigmatizado que opera na intersecção entre cultura, poder e diferença, e que conduz à discriminação.

No Brasil, a estigmatização da AIDS e dos indivíduos soropositivos e em risco, associada à falta de informações adequadas sobre suas formas de transmissão, provocou uma série de eventos no comportamento social relacionado à AIDS. Alguns exemplos desses eventos são: ocorrida na década de oitenta, a recusa do Instituto Médico Legal do Rio de Janeiro, o IML-RJ, a realizar necropsias em indivíduos que tiveram a aids como causa de morte; os inúmeros casos de recusa de atendimento de indivíduos soropositivos por parte de médicos e dentistas; a discriminação, em locais de trabalho, dos portadores do HIV; o levantamento de suspeitas sobre a condição sorológica de determinados atletas, trazendo à tona discussões sobre a possibilidade de transmissão do vírus em lesões ocorridas durante a prática esportiva; a recusa da matrícula de crianças soropositivas em estabelecimentos escolares (RAMOS e MARUYANA, 1990; BASTOS et. al., 1994). Outro efeito da estigmatização da aids, no Brasil, é a baixa probabilidade de adoção de crianças órfãs de pais que morreram devido à aids, independentemente de sua idade, cor da pele e condição sorológica (DORING, FRANÇA JR. e STELLA, 2005).

3.3.2. A dimensão capacidade de resposta

O aumento da capacidade de resposta dos indivíduos é o fim último das medidas de prevenção. Como já foi ressaltado anteriormente, um conjunto de medidas tem diferente impacto sobre os indivíduos posto que se associam ao contexto mais imediato em que eles vivem e às características pessoais que determinam o valor que dão às ações ou

comportamentos que terão de transformar tendo em vista como se adaptarão ao risco que enfrentam.

3.3.2.1. Condições de defesa e reação

Para capacitar um indivíduo a responder ao risco de infecção pelo HIV é preciso reduzir a sua vulnerabilidade quanto aos aspectos supraindividuais que acompanham a epidemia. As condições socioeconômicas dos indivíduos determinam, em grande medida, as ferramentas das quais dispõem para se proteger e reagir ao risco; com efeito, a associação positiva entre uso de preservativo e nível socioeconômico foi constatada com base em diferentes indicadores, tais como a classe econômica do indivíduo (JIMÉNEZ et. al. 2001) e a sua escolaridade (COOK et. al., 2003).

A renda é um preditor importante da adoção de comportamentos preventivos também quando se mescla com outras dimensões, como a do gênero. Sabe-se que a dependência econômica feminina está associada a níveis mais elevados de violência doméstica (VISARIA, 1999) e de mortalidade infantil (CALDWELL, REDDY e CALDWELL, 1983), constituindo, assim, um entrave para o empoderamento feminino. A independência financeira, por outro lado, está associada a um maior poder de decisão da mulher sobre o uso do preservativo (SEMANN et. al., 2003).

A melhoria nas condições sócio-econômicas aumenta também o nível de informação sobre a epidemia. No Brasil, esse aumento é diferenciado entre os sexos, sendo que as mulheres tendem a estar mais bem-informadas que os homens (FERREIRA, 2003), fato que pode se dever ao maior nível de escolaridade que as mulheres têm conquistado em relação aos homens (AGUIAR et. al., 1994). PERUGA e CELENTANO (1993), em uma revisão bibliográfica exaustiva, apontam que, nas populações em geral, a maior chance de ter conhecimento adequado sobre AIDS é dos grupos de alta escolaridade, jovens e brancos. A associação negativa ocorre para os religiosos e para os que têm convicções políticas conservadoras.

Estar informado sobre a epidemia, entretanto, não é suficiente para que as pessoas se previnam, pois isso pressupõe que se percebam em risco, queiram mudar essa condição e ajam nesse sentido. SILVEIRA (2002) estudou a autopercepção da vulnerabilidade a

DST/AIDS em Pelotas (RS) e constatou que as mulheres em idade reprodutiva, em geral, se autopercebem em baixo risco de infecção, a despeito da frequência com a qual aderem a comportamentos de risco. A incapacidade de identificar corretamente o nível pessoal de risco também foi observada em pesquisas com mulheres e homens soropositivos que se autoavaliaram em sessões de aconselhamento e prevenção prévias à realização do teste sorológico (VENTURA-FILIPPE et. al., 2000, 2005). Para ter êxito, portanto, a prevenção não deve só informar os indivíduos, como capacitá-los a avaliar adequadamente o risco ao que estão expostos.

Além de estarem marcadas pelo gênero, as condições de defesa e reação são diferenciadas segundo a raça dos indivíduos e segundo a inter-relação dessas esferas. Com respeito ao nível econômico, sabe-se que 88% dos integrantes do 1% mais rico da população brasileira são brancos e, entre os 10% mais pobres, 68% têm cor preta ou parda. Ademais, além de a população negra contar com menor rendimento médio em relação à branca, 36% dos maiores de 15 anos estão em condição de analfabetismo funcional (até quatro anos de estudo), contra 20% dos brancos do mesmo grupo etário. Quando se mesclam as duas dimensões, tem-se que as mulheres negras têm os mais baixos rendimentos e a maior probabilidade de estarem inseridas em um domicílio pobre, eventualmente chefiando-o (IBGE, 2002).

Os mais baixos níveis socioeconômicos da população negra podem indicar que esse grupo tenha, também, menor nível de conhecimento sobre a infecção. O fato de mulheres e homens pretos morrerem de aids mais do que os brancos, conforme verificado por BATISTA (2002) com dados do município de São Paulo, pode estar relacionado à ausência de campanhas que alertem o risco de infecção da população negra o que, associado à imagem social de que o soropositivo é o homossexual branco de classe média, pode conduzir à construção equivocada da percepção de risco pela população negra. Outras hipóteses possíveis para tal fato são de que os pretos podem ter acesso mais precário aos serviços de diagnóstico e tratamento e que as mulheres negras, pela baixa posição que ocupam em uma escala subjetiva de valores, possam encontrar maiores dificuldades de negociação do uso do preservativo. O estudo de LOPES (2003) indicou que, quando comparadas às brancas, as mulheres negras soropositivas estão mais expostas ao adoecimento e à reinfeção pelo HIV por não encontrarem, ou terem

maior dificuldade de encontrar, estratégias de comunicação e de decisão sobre o autocuidado e a prevenção.

Aumentar as condições de defesa e reação dos indivíduos é essencial, porém insuficiente, para que a prevenção se mostre eficaz. Para que isso ocorra, por exemplo, a adoção de comportamentos sexuais mais seguros deve ser levada a cabo. A seção 3.3.2.2 apresenta maiores informações sobre essa dimensão.

3.3.2.2. Efetivação de mudança frente a um cenário de risco

Indivíduos adaptados positivamente sabem avaliar o seu próprio risco, estão capacitados para se defender e levam a mudança a efeito. Por outro lado, as pessoas também se adaptam negativamente, ou seja, acostumando-se ao risco seja perpetuando a sua condição de inabilidade para avaliar o próprio risco e transformar essa condição, seja adotando uma postura fatalista.

Para os fins deste arcabouço, considera-se que a decisão de conhecer o seu *status* sorológico tem grande força como característica que aponta a adaptação positiva do indivíduo ao cenário de risco. Isto, porque a motivação para tal decisão, se não vem do exercício de avaliação do risco pessoal de infecção, tem o potencial de conduzir a ele. De posse de um resultado do teste anti-HIV, independentemente do resultado, o indivíduo, fundamentalmente se bem esclarecido a respeito, ganha o poder de guiar-se de maneira mais preventiva, seja evitando a infecção em um momento futuro, no caso de um exame com resultado negativo, seja buscando evitar o adoecimento, se já infectado.

Há que se lembrar que, no Brasil, aproximadamente metade dos indivíduos soropositivos desconhece a sua condição sorológica. Esse fato impede o governo de prover atenção ao total de pessoas que a necessitam, priva esses indivíduos de direitos médicos e previdenciários e põe em risco a saúde de seus parceiros, que podem não manter práticas de sexo seguro com eles, já que não sabem de sua condição. Embora o teste de HIV possa ser feito gratuitamente, em centros de testagem anônima, as

campanhas que estimulam a sorotestagem ainda não são sistemáticas e nem mais recorrentes que o estigma associado à testagem.

Entre as mulheres, o fato de o teste anti-HIV estar sendo oferecido como parte do atendimento pré-natal²² tem aumentado a sorotestagem sem que isso levante qualquer suspeita sobre o comportamento da mulher. Essa estratégia não incorpora o amplo grupo de mulheres que não estão passando pela experiência pré-natal e que, contudo, merecem e precisam conhecer o seu *status* sorológico. Além disso, há que se pensar, também, no fomento à sorotestagem entre os homens, pois, como foi constatado na investigação de GUERRIERO, AYRES e HEARST (2000), muitos deles utilizam a doação de sangue como subterfúgio para a testagem.

No caso deste trabalho, a adaptação positiva é, fundamentalmente, indicada pela adoção de práticas sexuais mais seguras, tais como a redução do número de parceiros, a preferência por práticas não penetrativas ou, de outro modo, o uso consistente da camisinha nas relações sexuais. Em maior ou menor grau, todas essas práticas requerem a habilidade de negociação sexual.

Entendida como estratégia de prevenção ao HIV, a negociação sexual pressupõe o acordo mútuo, entre os parceiros, de se proteger do risco de infecção usando recursos como a monogamia, a dupla testagem sorológica, o uso do preservativo entre os parceiros e/ou no caso de um deles ter relações com algum outro parceiro (KIPPAX, 2002).

Casais homossexuais masculinos parecem ter aderido a essa estratégia mais intensamente do que casais heterossexuais. Embora seja evidente que casais homossexuais também enfrentam desequilíbrios de poder entre as partes, parece ser que entre as parcerias heterossexuais esse desequilíbrio afeta mais intensamente a decisão pelo uso da prevenção. Por outro lado, assumir-se em uma parceria homossexual já implica em um alto grau de negociação entre os parceiros e deles com a sociedade. Somada a esse fato, a resposta proativa que grupos homossexuais de todo o mundo

²² SANTOS, CABRAL e BATISTA (2005) ressaltam a importância da sorotestagem das gestantes já que a transmissão perinatal é a principal via de infecção da população infantil. A respeito de grávidas soropositivas, os autores observaram que, na ausência de profilaxia, a probabilidade de ocorrência da transmissão vertical é de 25,5%.

deram à AIDS, estimulando a discussão sobre a epidemia, pode ter atuado como facilitadora do processo de negociação nesse tipo de parceria. Em casais heterossexuais, por sua vez, à esfera do masculino e do feminino competem atribuições que, em grande medida podem estar pautadas em expectativas sociais definidas por uma interpretação conservadora dos papéis de gênero. De acordo com essas expectativas, cabe à mulher uma posição submissa, pouco questionadora e pouco demandante - sobretudo na esfera íntima - e, ao homem compete à virilidade, a força e o poder de decisão.

Se tais construções das relações de gênero, como já se expôs ao longo deste trabalho, comprometem a tomada de decisão sobre a adoção do sexo mais seguro, também é verdade que práticas que envolvem, por exemplo, o uso do preservativo, nem sempre são desejadas tanto por mulheres como por homens. Sendo assim, a relação poder/sexo mais seguro não é tão imediata como se poderia supor.

BARBOSA (1999) observou que maiores graus de empoderamento e autonomia femininos facilitam a introdução da negociação de práticas sexuais mais seguras em relacionamentos considerados eventuais. Para as mulheres que vivem em relacionamentos estáveis, mesmo entre as que têm considerável grau de empoderamento, parece ser que a introdução dessa temática rompe o equilíbrio conquistado pelo casal em outras esferas da vida a dois. Tematizada como uma possibilidade em uma situação em que o vínculo é considerado sólido e, no qual, os parceiros têm níveis equilibrados de poder, a aids não se apresenta como uma ameaça apenas à saúde do par, mas sim, ao companheirismo fundamentado em laços de amor e confiança.

WILLIAMS et. al. (2001) mostraram que, entre as mulheres, a introdução da negociação de sexo mais seguro com um parceiro com o qual nunca se fez o uso do preservativo, se dá, primordialmente, por meio de estratégias de convencimento que não introduzem a temática da saúde, mas sim por vias como a erotização do preservativo ou a necessidade de contracepção. GUERRIERO, AYRES e HEARST (2000) constataram que, entre homens casados, a preocupação com uma gravidez indesejada legitima uma eventual proposta feminina de uso da camisinha; em qualquer outro caso, essa proposta levaria ao questionamento da confiança construída entre os parceiros.

Para os fins deste trabalho, a negociação do uso de preservativo é compreendida como um dos indicadores para se considerar a efetivação de mudança diante do risco de infecção, embora se entenda que, para positivar a negociação sexual, com vistas à prevenção, em qualquer tipo de instância e para qualquer tipo de parceria, é necessária uma transformação profunda da forma como são vividas e entendidas as uniões, o que, certamente, é um processo demorado e muito abrangente.

4. Aspectos Metodológicos

Para cumprir o objetivo desta tese de se compreender a vulnerabilidade à infecção pelo HIV pela via sexual, buscando especificamente diferenciar grupos de indivíduos segundo seus graus de vulnerabilidade, procedeu-se à construção de uma tipologia na qual se fez uso do método GoM - *Grade of Membership*.

A descrição desse método e da base de dados utilizada para esse exercício são apresentadas na seção 4.1 deste capítulo. Os resultados da tipologia construída, apresentados no capítulo 5, delinearam perfis de vulnerabilidade teoricamente consistentes cuja análise auxilia no esclarecimento da questão. Como é natural ao processo de conhecimento, os resultados da investigação apontaram, também, uma série de interrogações.

Algumas dessas interrogações pareceram particularmente relevantes, dado o fato de se referirem ao perfil ao qual aderiram a maior parte dos indivíduos da amostra e que, como se verá mais adiante, combinou a exposição ao risco de infecção a uma baixa capacidade de resposta, apresentando alto grau de vulnerabilidade.

Tendo em vista o desejo de conhecer mais sobre as razões da alta vulnerabilidade desse perfil, partiu-se para um aprofundamento a seu respeito, apresentado no sexto capítulo desta tese. O aprofundamento realizado, lançou mão de dois instrumentos principais: 1) a análise dos indivíduos desse perfil segundo características não utilizadas na construção da tipologia, mas que se mostraram relevantes para auxiliar na explicação dos resultados encontrados; 2) a utilização de dados resultantes de um trabalho anterior (QUIROGA e MELO, 2005), de abordagem qualitativa, que versou sobre a questão de interesse e que lança uma série de pistas para se refletir sobre esse grupo de maior vulnerabilidade.

A respeito do segundo instrumento enunciado, é importante enfatizar as vantagens e limitações de sua utilização. Por um lado, como já se expôs, a utilização desse instrumento possibilitou refletir sobre as informações de um perfil específico, lançando algumas pistas que podem elucidar o comportamento dos indivíduos que o integram.

Essa vantagem advém do fato de essa pesquisa, intitulada "Raça, gênero e vulnerabilidade entre casais: negociação sexual e prevenção de DST's/AIDS em uniões heterossexuais em comunidades faveladas de Belo Horizonte - MG"²³, ter realizado entrevistas em profundidade com indivíduos cujas características guardam bastante semelhança com os indivíduos do perfil sobre o qual se pretendia elucidar.

Por outro lado, a leitura desses dados, em conjunto com o perfil que se pretende discutir em profundidade, deve ser realizada com cautela. Primeiramente, ressalta-se que dados coletados com diferentes abordagens atendem objetivos de natureza distinta e, portanto, também requerem análise diferenciada. Como destaca SERAPIONI (2000: 188),

“(...) os métodos quantitativos são débeis em termos de validade interna (nem sempre sabemos se medem o que pretendem medir), entretanto são fortes em termos de validade externa: os resultados adquiridos são generalizáveis para o conjunto da comunidade. Ao contrário, os métodos qualitativos têm muita validade interna (focalizam as particularidades e as especificidades dos grupos sociais estudados), mas são débeis em termos de sua possibilidade de generalizar os resultados para toda a comunidade”.

Da citação anterior, enfatiza-se o fato de os dados coletados por métodos qualitativos não pretenderem, e nem permitirem, a generalização de seus resultados. Por tal razão, lembra-se que o que os dados de natureza qualitativa utilizados nesta tese pretendem é abrir espaços para a reflexão sobre os resultados apontados pelo trabalho quantitativo.

Feitos os esclarecimentos devidos, apresenta-se em seguida maiores informações sobre os dados utilizados. As seções 4.1 e 4.2 trazem, respectivamente, o conteúdo pertinente à abordagem quantitativa e qualitativa.

²³ Pesquisa realizada por esta autora, em 2003 e 2004, no âmbito do “IX Programa de Estudos Regionalizado de Introdução à Metodologia de Pesquisa em Gênero, Sexualidade e Saúde Reprodutiva - Sul, Sudeste e Centro-oeste” coordenado pelo Núcleo de Estudos de População (NEPO/UNICAMP). A pesquisa contou com financiamento da Fundação Ford.

4.1. Abordagem Quantitativa

4.1.1. Base de Dados

Este trabalho utiliza dados da pesquisa “Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/AIDS”, licitada pelo PN-DST/AIDS – Programa Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde e conduzida, em 1998, pelo CEBRAP. O objetivo geral dessa pesquisa foi identificar representações, comportamentos, atitudes e práticas sexuais da população brasileira, e conhecimento sobre HIV/AIDS, com vistas a estabelecer estratégias de intervenções preventivas das DST’s e HIV (CEBRAP, 2000).

O universo pesquisado foi composto por mulheres e homens, de 16 a 65 anos, residentes em áreas urbanas do Brasil, oferecendo poder de inferência sobre 77,7% da população urbana dessa faixa etária. A amostragem foi estratificada em múltiplos estágios, com probabilidades desiguais. Dentro de cada estrato e em cada estágio foram sorteados: micro-regiões, setores censitários, domicílios particulares e os indivíduos que seriam entrevistados, que deveriam ter entre 16 e 65 anos (CEBRAP, 2000).

A amostra final totalizou 3.600 pessoas igualmente distribuídas nas áreas urbanas das regiões Norte/Nordeste, Sul expandido (Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, São Paulo e Rio de Janeiro) e Centro-Oeste expandido (Minas Gerais, Espírito Santo, Goiás, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul). Após o procedimento de reposição do domicílio amostrado, o que ocorreu após 3 tentativas sem sucesso na realização da entrevista²⁴, houve uma perda de 7,7% da amostra original, sendo assim, foram realizadas 3.324 entrevistas (CEBRAP, 2000).

Como instrumento de coleta foi utilizado um questionário com 204 questões, abertas e fechadas, divididas nos seguintes blocos: Identificação Pessoal; Opiniões sobre Sexualidade e Normas Sexuais; Iniciação Sexual e Experiências Sexuais; Comportamento Sexual; Conhecimento e Prevenção do HIV/AIDS; Reprodução e Saúde; Uso de Drogas (CEBRAP, 2000).

²⁴ O fracasso na realização das entrevistas decorreu tanto de recusa dos indivíduos sorteados como de alguns domicílios estarem fechados ou vazios (CEBRAP, 2000).

Tendo em vista o interesse deste trabalho, de se investigar a vulnerabilidade ao risco de infecção pelo HIV por via sexual, especificamente entre a população heterossexual, excluiu-se da amostra utilizados indivíduos cujo último parceiro sexual foi do mesmo sexo que o seu. Ademais, foram excluídos da amostra os indivíduos que não se classificaram racialmente ou aqueles que se classificaram amarelos ou indígenas, decisão justificada: a) pelo interesse de ter a variável raça entre as variáveis operacionalizadas e b) pela pequena proporção de indivíduos autotclassificados indígenas e amarelos, fato que poderia causar algum prejuízo à análise dos dados com a metodologia proposta, já que essas categorias poderiam discriminar alguns dos perfis delineados sem serem evidentemente muito expressivas da população²⁵.

Sendo assim, na realização deste trabalho utilizou-se uma amostra de 3068 indivíduos de ambos sexos, com idades entre 16 e 65 anos, racialmente autotclassificados brancos, pretos ou pardos, que nunca tiveram parceiro sexual, ou, cujo parceiro único nos últimos 5 anos ou o último parceiro nos 12 meses anteriores à pesquisa, era do sexo oposto²⁶.

4.1.2. Seleção das variáveis

A seleção das variáveis de estudo teve como referência o arcabouço de estudo da vulnerabilidade individual à infecção pelo HIV por via sexual, descrito no terceiro capítulo desta tese, e a sua relação, teórica e empírica, com a questão da vulnerabilidade, foi elucidada nos itens 3.3.1 e 3.3.2.

Quatorze variáveis foram escolhidas para representar a dimensão “padrão de exposição ao risco”, são elas: Sexo; Idade; Religiosidade; Número de parceiros; Uso de preservativo; Esterilização; Ter/ter tido alguma DST ao longo da vida, Prática de sexo anal; e, a Estigmatização da aids, que foi medida por um bloco de seis variáveis.

²⁵ Mais detalhes a respeito do processo de delineamento de perfis constam do itens 4.1.3, 5.1 e 5.2.

²⁶ Observe-se que o recorte da amostra pressupõe a heterossexualidade daqueles que declararam não ter tido o primeiro intercuro. Além disso, como se explicou no pé de página nº1, pelo recorte feito, a classificação quanto à orientação sexual do entrevistado que já teve relações sexuais foi dada pelo sexo do seu último parceiro. Essas foram decisões operacionais justificadas pelo fato de a base de dados não oferecer insumo para se aprofundar na autotclassificação de gênero dos indivíduos entrevistados e por essa preocupação ultrapassar os interesses desta tese.

A dimensão “capacidade de resposta” está representada por dez variáveis: Cor; Nível de escolaridade; Renda individual; Renda familiar; Classe econômica; Informações sobre HIV/AIDS; Autoavaliação do risco; Teste anti-HIV; Mudança de comportamento após o surgimento da aids; Negociação do uso de preservativo.

Em alguns casos, as variáveis de estudo derivam da transformação de uma ou mais variáveis integrantes da base de dados utilizada sendo que a transformação mais freqüente diz respeito apenas à recategorização da variável de origem. A justificativa para a categorização utilizada e a explicitação das eventuais transformações realizadas estão explicadas no ANEXO 1.

4.1.2.1. Descrição da amostra

A TAB. 4.1 descreve a distribuição da amostra em torno das variáveis selecionadas para o estudo. Conforme se observa, na categoria sexo, mulheres e homens apresentam-se desbalanceados. Isso ocorreu devido à maior perda de informações para os indivíduos de sexo masculino quando da coleta dos dados (CEBRAP, 2000).

Por motivos variados, tais como a influência da expectativa social sobre o comportamento individual, na amostra estudada, algumas variáveis de grande interesse para a compreensão do objeto têm distribuição muito homogênea. Observe-se, por exemplo, que 86,3% dos entrevistados informaram nunca ter tido alguma DST; 84% declararam que nunca fizeram o teste anti-HIV; 71,2% afirmaram que não mudaram o seu comportamento em função da existência da aids e 67,7% reportaram que nunca quiseram usar o preservativo com alguém que não o desejasse.

A concomitância da homogeneidade descrita tanto com a heterogeneidade presente na distribuição das demais características selecionadas, como com aquela inerente à natureza do objeto de estudo, impõe um desafio à tipologia que se pretende estabelecer, qual seja, o de identificar, de maneira suficientemente sutil, partições que dêem conta de um universo de análise simultaneamente homogêneo e heterogêneo.

TABELA 4.1: Distribuição de frequências das variáveis selecionadas para a construção da tipologia de vulnerabilidade individual à infecção pelo HIV por via sexual - Brasil, 1998

Variável	Descrição da Variável	Categorias	Frequências	
			absoluta	relativa
RISCO				
sexo	Sexo do entrevistado	1. Masculino 2. Feminino	1395 1673	45.50% 54.50%
idade	Faixa de idade do entrevistado	1. 16 a 19 anos 2. 20 a 24 anos 3. 25 a 29 anos 4. 30 a 34 anos 5. 35 a 39 anos 6. 40 a 49 anos 7. 50 a 59 anos 8. 60 anos e +	378 385 404 424 362 562 358 195	12.30% 12.50% 13.20% 13.80% 11.80% 18.30% 11.70% 6.40%
religs	Religiosidade	1. Não religioso 2. Religioso	1850 1218	60.30% 39.70%
num_parc	Número de parceiros nos últimos 12 meses	0. NS/NR 1. Não teve parceiro 1. Uma pessoa 2. Mais de uma pessoa	30 624 2031 383	1.00% 20.30% 66.20% 12.50%
condom	Uso de preservativo	0. Não teve intercurso nos últimos 12 meses 1. Sim 2. Não	624 666 1778	20.30% 21.70% 58.00%
esteril	Entrevistado ou o parceiro é esterilizado	0. Não se aplica (entrevistadas com mais de 50 anos) 1. Não teve intercurso nos últimos 12 meses 2. Nem o entrevistado e nem o parceiro é esterilizado 3. O entrevistado ou o parceiro é esterilizado	150 624 1750 544	4.90% 20.30% 57.00% 17.70%
dst	Tem ou teve alguma doença sexualmente transmissível	0. NS/NR 1. Sim 2. Não	32 389 2647	1.00% 12.70% 86.30%
sx_anal	Praticou sexo anal com parceiro estável ou último parceiro eventual	0. Não teve intercurso nos últimos 12 meses 1. Não adotou essa prática 2. Fez com parceiro estável 3. Fez com último parceiro eventual dos últimos 12 meses 4. Fez com ambos	624 2114 228 53 49	20.30% 68.90% 7.40% 1.70% 1.60%
estig1	Crianças com o vírus da aids deveriam ser proibidas de ir à escola	0. NS/NR 1. Concorda Totalmente 2. Concorda em parte 3. Discorda em parte 4. Discorda totalmente	48 323 140 196 2361	1.60% 10.50% 4.60% 6.40% 77.00%
estig2	Comerciais de TV sobre camisinhas são uma boa coisa	0. NS/NR 1. Concorda Totalmente 2. Concorda em parte 3. Discorda em parte 4. Discorda totalmente	40 2620 267 46 95	1.30% 85.40% 8.70% 1.50% 3.10%
estig3	Um patrão deve demitir do emprego uma pessoa que tenha o vírus da aids para proteger seus colegas de trabalho	0. NS/NR 1. Concorda Totalmente 2. Concorda em parte 3. Discorda em parte 4. Discorda totalmente	81 432 237 283 2035	2.60% 14.10% 7.70% 9.20% 66.30%
estig4	Mulheres grávidas com o vírus da aids deveriam fazer aborto	0. NS/NR 1. Concorda Totalmente 2. Concorda em parte 3. Discorda em parte 4. Discorda totalmente	264 876 324 229 1375	8.60% 28.60% 10.60% 7.50% 44.80%
estig5	Você aceitaria deixar seus filhos menores em companhia de uma pessoa que tem o vírus da AIDS?	0. NS/NR 1. Sim 2. Não	254 982 1832	8.30% 32.00% 59.70%
estig6	Você aceitaria que uma casa de apoio para doentes de AIDS funcionasse ao lado da sua casa?	0. NS/NR 1. Sim 2. Não	150 2041 877	4.90% 66.50% 28.60%

TABELA 4.1: Distribuição de frequências das variáveis selecionadas para a construção da tipologia de vulnerabilidade individual à infecção pelo HIV por via sexual - Brasil, 1998 (conclusão)

Variável	Descrição da Variável	Categorias	Frequências	
			absoluta	relativa
CAPACIDADE DE RESPOSTA I - CONDIÇÕES DE DEFESA E REAÇÃO				
cor	Autoclassificação de cor do entrevistado	1. Branco 2. Negro	1555 1513	50.70% 49.30%
escola	Nível de escolaridade do entrevistado	0. Analfabeto 1. Lê e escreve 2. Fundamental incompleto 3. Fundamental completo 4. Medio incompleto 5. Medio completo 6. Superior incompleto 7. Superior completo	237 37 1376 337 303 489 95 194	7.70% 1.20% 44.90% 11.00% 9.90% 15.90% 3.10% 6.30%
renda	Renda individual mensal do entrevistado	0. Não informou ou não sabe 1. Não possui rendimento 2. Até 1 SM 3. Mais de 1 e até 3 SM 4. Mais de 3 e até 5 SM 5. Mais de 5 e até 10 SM 6. Mais de 10 SM	112 843 508 765 382 290 168	3.70% 27.50% 16.60% 24.90% 12.50% 9.50% 5.50%
rendafam	Renda familiar mensal total	0. Não informou ou não sabe 1. Não possui rendimento 2. Até 1 SM 3. Mais de 1 e até 3 SM 4. Mais de 3 e até 5 SM 5. Mais de 5 e até 10 SM 6. Mais de 10 SM	496 19 267 715 554 565 452	16.20% 0.60% 8.70% 23.30% 18.10% 18.40% 14.70%
classe	Classe econômica	A B C D E	100 543 954 1118 353	3.30% 17.70% 31.10% 36.40% 11.50%
inf_aids	Informações adequadas sobre transmissão e risco de contrair HIV/AIDS	0. Não respondeu 1. Desinformado 2. Pouco informado 3. Algo informado 4. Informado	21 117 1083 1713 134	0.70% 3.80% 35.30% 55.80% 4.40%
av_risco	Avaliação do grau do próprio risco de contrair HIV	0. NS/NR 1. Nenhum risco 2. Baixo 3. Médio 4. Alto	103 1431 1095 328 111	3.40% 46.60% 35.70% 10.70% 3.60%
CAPACIDADE DE RESPOSTA II - ADAPTAÇÃO AO CENÁRIO DE RISCO				
testehiv	Fez o teste anti-HIV	0. Não respondeu 1. Sim 2. Não	6 485 2577	0.20% 15.80% 84.00%
mudou	Mudou o comportamento após o surgimento da aids	1. Sim 2. Não	2185 883	71.20% 28.80%
neg_cond	Uso/não uso de preservativo com parceiro que não queria usar	0. Não respondeu 1. Não teve intercurso nos últimos 12 meses 2. Nunca passou por essa situação 3. Decidiu não fazer sexo 4. Usou após entrar em acordo, ou fez sexo sem penetração 5. Usou, sem entendimento com o parceiro 6. Fez sexo com penetração, sem camisinha	3 624 2076 106 170 26 63	0.10% 20.30% 67.70% 3.50% 5.50% 0.80% 2.10%

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da "Pesquisa sobre Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/AIDS" (Ministério da Saúde - SAS - PNDST/AIDS, 1998).

Observações: NS/NR corresponde a "Não sabe/Não respondeu". Na escala da variável CLASSE, a categoria "A" indica a classe mais alta. Quanto à variável RELIGIOSIDADE, considerou-se como religioso o indivíduo cuja frequência a culto é pelo menos semanal.

4.1.3. O método GoM - *Grade of Membership*

O método selecionado para a construção da tipologia de vulnerabilidade individual à infecção pelo HIV por via sexual foi o GoM - *Grade of Membership*, ou, Grau de Pertencimento. O GoM está fundamentado na teoria dos conjuntos nebulosos (*fuzzy sets*) de acordo com a qual o pertencimento de um elemento a um dado conjunto não é, necessariamente, exclusivo. ERICKSON, LORENZO e WOODBURY (1994) esclarecem que, à luz da teoria dos conjuntos nebulosos, o elemento de um conjunto pode pertencer integralmente a ele ou, de outra maneira, pertencer, simultaneamente,

com diferentes graus de intensidade, a vários conjuntos. Os conjuntos nebulosos se opõem aos conjuntos bem definidos (*crisp sets*) nos quais o pertencimento dos elementos a mais de um conjunto não é possível.

MANTON, WOODBURY e TOLLEY (1994) enunciaram que à cada elemento i de um conjunto nebuloso κ corresponde um escore de grau de pertencimento ao conjunto, denotado por g_{ik} , que indica a intensidade da participação do elemento ao conjunto. Os escores variam entre 0 (zero), quando o pertencimento é nulo, e 1, quando o pertencimento é total. Em um conjunto bem definido, todos os elementos têm g_{ik} igual a 0 ou 1. Por outro lado, em um conjunto nebuloso, g_{ik} pode assumir valores intermediários, já que o elemento i não necessariamente pertence integralmente ao conjunto κ , podendo pertencer parcialmente a um número K de conjuntos.

Na tipologia criada pelo GoM, assim como ocorre nos outros métodos que permitem estabelecer tipologias, são formados grupos definidos pela presença de características comuns. A diferença do GoM em relação aos outros métodos é conferida precisamente pela fundamentação da teoria dos conjuntos nebulosos, pois, na tipologia que o GoM estabelece, a participação dos elementos nos conjuntos, denominados perfis extremos ou perfis de referência, é determinada por sua intensidade e não por sua exclusividade.

Duas condições regem o pertencimento dos elementos aos perfis. De acordo com a primeira delas, o pertencimento de i ao perfil κ é de no mínimo zero, não existindo, portanto, pertencimento negativo. Ademais, a soma da intensidade, ou da proporção, da participação de i no total K de perfis deve ser igual a 1. Matematicamente:

I)

$$g_{ik} \geq 0 \text{ para cada } i \text{ e } \kappa,$$

$$\sum_{k=1}^K g_{ik} = 1 \text{ para cada } i.$$

A aceitação da segunda condição depende dos seguintes pressupostos: a) a independência de qualquer variável y_{ijl} dentro do conjunto de variáveis aleatórias Y_{ijl} , o

que indica a independência das respostas dos indivíduos; b) os graus de pertencimento, g_{ik} , são variáveis aleatórias concretizadas com base na composição do vetor aleatório $\xi_i = (\xi_{i1}, \dots, \xi_{ik})$ cuja função de distribuição é dada por $H(x) = \Pr(\xi_i \leq x)$, portanto, diferentes amostras de indivíduos conduzem a diferentes conjuntos de valores de g_{ik} ; c) quando o escore do grau de pertencimento, g_{ik} , é conhecido, a resposta do indivíduo i para o conjunto de questões Y_{ijl} é independente para as categorias de cada variável; d) a probabilidade da resposta l à j -ésima pergunta por parte de um indivíduo com pertencimento bem definido ao κ -ésimo perfil é λ_{kjl} (MANTON, WOODBURY e TOLLEY, 1994).

O quarto pressuposto explicitado é o que sintetiza a condição II. Assim, entende-se que, dentro do conjunto L de respostas possíveis para a questão j , a probabilidade de escolha da categoria l pelo indivíduo que pertence integralmente ao perfil de referência κ é dada por λ_{kjl} .

Em sua formulação matemática, a segunda condição apresenta-se como se segue:

II)

$\lambda_{kjl} \geq 0$ para cada κ, j, i .

$$\sum_{l=1}^{L_j} \lambda_{kjl} = 1 \text{ para cada } \kappa \text{ e } j.$$

Conforme já se mencionou, nem todos os indivíduos têm pertencimento total aos perfis de referência e, por tal razão, outro pressuposto de entendimento do modelo é que a probabilidade de escolha da categoria l pelo indivíduo i está condicionada ao seu escore de grau de pertencimento a κ , g_{ik} :

$$\Pr(Y_{ijl} = 1) = \sum_{k=1}^K g_{ik} \lambda_{kjl}$$

Entendidas as condições e pressupostos do modelo, a sua função de máximo verossimilhança é estabelecida como se segue:

$$L(y) = \prod_i^I \prod_j^J \prod_l^{L_j} \left(\sum_{k=1}^K g_{ik} \lambda_{kjl} \right)^{y_{ijl}} \quad \text{onde:}$$

I = número de elementos ou, no caso deste estudo, indivíduos, da amostra;

J = número de questões;

L_j = número de categorias de resposta possíveis para J;

K = número de perfis de referência.

Uma vez que os perfis de referência são delineados tendo em vista a contribuição de cada categoria de resposta e de cada variável para a descrição do perfil, quanto maior for o número de variáveis utilizadas na construção da tipologia, mais robusta será a descrição realizada. Essa característica do método faz com que a sua utilização seja promissora na explicação de processos tão abrangentes como é o caso da vulnerabilidade à infecção pelo HIV, tendo sido uma das razões pelas quais este estudo utilizou o GoM em detrimento de outros métodos.

Associado à característica recém mencionada, o fato de o GoM permitir o pertencimento dos elementos a mais de um conjunto lhe confere o potencial necessário para responder ao desafio lançado na seção 4.1.2.1 deste trabalho, i.e., identificar de maneira satisfatória a distribuição dos indivíduos da amostra entre diferentes graus de vulnerabilidade à infecção pelo HIV por via sexual, tendo em vista a homogeneidade da amostra em determinados aspectos. De fato, SAWYER et. al (2000) já comprovaram a robustez do GoM na análise de universos menores e mais homogêneos do que o que ora se estuda.

Dessa forma, entende-se que o método escolhido é adequado ao estudo da vulnerabilidade à infecção pelo HIV por via sexual devido ao seu potencial para identificar a heterogeneidade da distribuição dos indivíduos em torno das dimensões que integram a vulnerabilidade.

4.1.3.1. Utilização do GoM em estudos sobre AIDS

O GoM tem auxiliado na compreensão de processos de naturezas diversas, tais como, as características de estabelecimentos de ensino (CERQUEIRA, 2004), as particularidades de grupos de neurônios cerebrais (ERICKSON, LORENZO e WOODBURY, 1994) ou o universo dos doadores de sangue (SAWYER et. al., 2000). A utilização do método em estudos sobre AIDS ainda não é vasta. De fato, na revisão realizada para esta tese, foram localizados apenas três trabalhos dessa natureza sendo que os mesmos abordam aspectos distintos da epidemia.

PEREIRA (2005) investigou a mortalidade relacionada ao HIV/aids nos municípios de Santos e São Paulo no ano de 2001. Fazendo uso das informações sobre causas de morte, a autora delineou três perfis de mortalidade que chamam a atenção para uma mudança no padrão da mortalidade por aids após a introdução da Terapia Anti-retroviral (TARV). Com a TARV, a mortalidade por aids deixou de ser caracterizada pelas doenças oportunistas associadas à infecção pelo HIV e passou a ter a presença marcante de “doenças pós-TARV”, ou seja, doenças surgidas dos efeitos adversos da terapia.

BONOLO (2005: 95-115) descreveu perfis de vulnerabilidade de indivíduos soropositivos iniciando a TARV em dois serviços públicos de saúde, localizados em Belo Horizonte. O objetivo do estudo foi verificar associações entre os perfis estabelecidos e a não-adesão à TARV. Os três perfis delineados foram nomeados segundo o grau de vulnerabilidade que indicavam, categorizado como alto, médio ou baixo. Uma vez estabelecidos os perfis, o estudo estimou a associação entre os mesmos e o primeiro episódio de não-adesão ao tratamento, utilizando o modelo de riscos proporcionais de Cox. Os resultados apontaram a associação estatística da não-adesão com o perfil de alta vulnerabilidade, o qual agregou indivíduos que tiveram mais de um parceiro sexual no mês que antecedeu o início do tratamento e que apresentou a maior proporção de indivíduos que relataram sexo entre homens e o consumo de drogas ilícitas, de álcool e de tabaco.

BARBOSA (2001) abordou a vulnerabilidade à infecção pelo HIV, nas regiões Nordeste e Sudeste do Brasil, tendo em vista aspectos sociais e individuais. À luz do

arcabouço de análise proposto por MANN et. al. (1992) a autora estabeleceu uma tipologia municipal de vulnerabilidade social ao HIV, distribuindo todos os municípios das regiões Nordeste e Sudeste brasileiras em perfis de alta, baixa e média vulnerabilidade (etapa também descrita em BARBOSA e SAWYER, 2003). Em seguida, os perfis de vulnerabilidade social foram incorporados ao grupo de variáveis que compuseram a tipologia de vulnerabilidade à infecção pelo HIV, nos níveis individual e comunitário, construída tanto para mulheres como para homens, com base, fundamentalmente, nos dados da PNDS-1996. Os resultados apontaram que vulnerabilidade social ao HIV acompanha as tendências mais gerais da vulnerabilidade social, pois os municípios alinhados aos perfis mais vulneráveis estavam, em sua maioria, situados na região Nordeste ou em bolsões de pobreza do Sudeste. Os resultados de BARBOSA (2001) revelaram, ainda, a correlação entre a vulnerabilidade social, a tendência de aumento da incidência da aids nas localidades e a residência, tanto das mulheres como dos homens, na região Nordeste.

Conforme se expôs, dois dos três trabalhos relatados fizeram a utilização do GoM para o estabelecimento de perfis de vulnerabilidade relacionados ao HIV (BONOLO, 2005; BARBOSA, 2001). Entretanto, os referidos trabalhos não aprofundaram no aspecto de interesse desta tese, qual seja, a vulnerabilidade individual à infecção pelo HIV por via sexual na população heterossexual.

Esta tese tem por objetivo compreender as particularidades desse objeto, ressaltando como as relações de gênero o intermediam. Para tal, busca-se identificar, descrever e analisar grupos particularmente vulneráveis. O marco de referência conceitual e analítica foi descrito no capítulo 3 e a questão será analisada com base nos resultados da tipologia que se estabelecerá fazendo uso do GoM, apresentados no capítulo 5. Ademais, dados qualitativos auxiliarão na análise dos resultados encontrados, conforme se descreve na introdução deste capítulo, no item 4.2 e se verá no capítulo 6 desta tese.

4.2. Abordagem Qualitativa

4.2.1. Informações gerais sobre a pesquisa e o trabalho de campo

O trabalho de campo da pesquisa "Raça, gênero e vulnerabilidade entre casais: negociação sexual e prevenção de DST's/AIDS em uniões heterossexuais em comunidades faveladas de Belo Horizonte - MG" foi realizado entre janeiro e julho de 2004. O objetivo dessa investigação foi compreender como indivíduos casados/unidos, residentes em vilas e favelas do município de Belo Horizonte, negociam o uso do preservativo masculino ou feminino em suas relações sexuais. A pesquisa teve o interesse de diferenciar percepções de mulheres e homens além de abordar as possíveis particularidades que o processo de negociação assumia de acordo com a composição racial da união.

Os dados ora utilizados se referem às transcrições de 40 entrevistas em profundidade, semi-estruturadas, que foram conduzidas em torno de um roteiro que tratou dos seguintes tópicos: informações sociodemográficas, vida a dois, cuidados com a saúde, sexualidade e percepções sobre sexualidade e raça. As entrevistas com mulheres (n=20) foram realizadas por esta autora e, as entrevistas com homens (n=20) foram realizadas por um investigador do sexo masculino. Ambos temos o mesmo nível educacional e experiência similar em pesquisa.

O lócus da investigação foi uma comunidade favelada localizada em Belo Horizonte, MG: a Vila Barreirinhas²⁷. Essa comunidade tem aproximadamente 2.500 habitantes e está localizada a 15 minutos do centro da cidade. A vila conta com abastecimento de água, energia elétrica e, em suas imediações, duas linhas de ônibus, escolas e centro de saúde. Os moradores julgam que os maiores problemas da comunidade são a violência e a comercialização de drogas ilícitas na vizinhança. Alguns aspectos que conferem certa precariedade ao local são: a estrutura de lazer, limitada a um campo de futebol e vários bares, e as condições das residências, caracterizadas pela baixa qualidade da construção e pelo pequeno número de cômodos. O compartilhamento de um único dormitório entre o casal e os filhos é freqüente e a ausência de banheiro no domicílio foi reportada por dois entrevistados.

²⁷ Nome fictício.

Os informantes foram recrutados na vizinhança, pelo presidente da associação comunitária; no posto de saúde, por mim; ou foram indicados por outros participantes. Aproximadamente o mesmo número de entrevistas derivou de cada uma das formas de recrutamento.

Não foram entrevistados membros da mesma parceria pelo temor que isso inibisse os participantes de compartilhar informações relevantes. Portanto, os dados permitem a comparação dos pontos de vista de homens e mulheres, mas não o contraste do depoimento de cônjuges.

Os depoimentos foram gravados, tiveram a duração média de 90 minutos e, em sua maioria, ocorreram na residência dos entrevistados. Uma vez transcritas, as entrevistas foram sistematizadas em amplas categorias de interesse e logo codificadas fazendo uso do programa de análise de dados qualitativos QSR-N6. Nesta tese utiliza-se apenas uma parte do extenso material coletado, focalizando no esclarecimento de alguns pontos apontados pelos resultados da tipologia delineada com o método GoM.

O projeto da pesquisa em questão foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (COEP/UFMG) sob o número de processo ETIC-268/03. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, elaborado à luz da resolução do Conselho Nacional de Saúde n° 196/96 (BRASIL, 1996), foi lido e assinado antes das entrevistas. Buscando resguardar a confidencialidade das informações compartilhadas, neste trabalho, além da comunidade, os entrevistados também são referidos por nomes fictícios²⁸.

4.2.2. Caracterização dos entrevistados

Os entrevistados, 20 mulheres e 20 homens, tinham, no momento da entrevista, entre 25 e 38 anos (mulheres) e 25 a 48 anos (homens). A religião predominante é a católica, a maior parte dos entrevistados está unida há mais de 7 anos, tem pelo menos um filho com o parceiro atual e faz uso de algum método contraceptivo, mais frequentemente a

²⁸ Alguns dos nomes que identificam os entrevistados foram escolhidos por eles próprios, pois, quando lhes foi explicado que, na apresentação dos dados coletados, eles seriam referidos por outros nomes, foi solicitado que eles sugerissem o nome pelo qual queriam ser apresentados.

laqueadura e a pílula. A maioria das mulheres e homens entrevistados completou de cinco a oito anos de educação formal (TAB. 4.2).

No que diz respeito à inserção no mercado de trabalho, predomina o exercício de ocupações de baixa especialização, com alto nível de informalidade legal. Os homens entrevistados, bem como os parceiros das mulheres entrevistadas, trabalham, em geral, no setor de construção civil ou como vigilantes. Embora muitas mulheres entrevistadas exerçam atividades remuneradas como a de empregada doméstica, ou a confecção e venda de artesanato, grande parte delas declarou sua ocupação principal como dona de casa, fato que sugere a baixa valorização pessoal de sua colaboração na manutenção do domicílio.

TABELA 4.2: Características dos entrevistados segundo variáveis selecionadas - Vila Barreirinhas, 2004

Categorias	Homens 20	Mulheres 20	Total 40
Grupo etário			
25-29	5	6	11
30-34	3	10	13
35-39	5	4	9
40-44	4	0	4
45-49	3	0	3
Anos de estudo			
0	2	0	2
1-4	2	7	9
5-8	13	11	24
9+	3	2	5
Religião			
Católica	10	7	17
Evangélica	6	5	11
Outras ¹	3	3	6
Nenhuma	1	5	6
Duração da união (anos)			
<2	2	1	3
3-6	5	4	9
7+	13	15	28
Contraceptivo atual			
Laqueadura	7	6	13
Pílula	7	5	12
Preservativo masc.	3	4	7
Outros ²	1	4	5
Nenhum	2	1	3
Tem filhos com o(a) parceiro(a) atual			
Sim	17	18	35
Não	3	2	5

Fonte dos dados básicos: Pesquisa "Raça, gênero e vulnerabilidade entre casais: negociação sexual e prevenção
Observações: ¹ Inclui espíritas, candomblecistas e mórmons; ² Inclui DIU e injeção hormonal.

5. Perfis de vulnerabilidade à infecção pelo HIV por via sexual

Este capítulo apresenta, de maneira sucinta, o processo de estabelecimento da tipologia de vulnerabilidade à infecção pelo HIV por via sexual, bem como a descrição e análise dos três perfis de referência delineados e dos perfis predominantes e mistos estabelecidos a partir dos perfis de referência.

No método GoM, o número K de perfis de referência deve ser estabelecido pelo investigador tendo em vista a relevância teórica dos resultados que os mesmos apontam. Outro fator que intervém nessa decisão é o fato de que, quanto maior for o número de perfis de referência, maior será o número de combinações possíveis entre eles, o que aumenta, consideravelmente, o trabalho de análise dos perfis mistos.

No caso desta tese, experimentou-se estabelecer a tipologia tendo como referência dois, três e quatro perfis. O teste realizado com dois perfis de referência não se mostrou eficiente na compreensão da vulnerabilidade, posto que formou grupos demasiadamente amplos sem que fosse possível desvendar a heterogeneidade presente na amostra. Por outro lado, o teste com quatro perfis de referência, desagregou as categorias de maneira teoricamente inconsistente e gerou diversos perfis mistos sem representação na amostra. Assim, a tipologia cujos resultados foram utilizados para o desenvolvimento deste trabalho foi estabelecida com três perfis de referência que se mostraram teoricamente consistentes e que auxiliam a compreender o fenômeno estudado, lançando possibilidades de análise que contribuem na identificação de grupos vulneráveis e dos fatores que contribuem para o aumento e/ou redução da vulnerabilidade.

5.1. Delineamento dos perfis de referência

Fazendo uso do pacote computacional GoM3, estimou-se a probabilidade que cada categoria das variáveis selecionadas tem de pertencer aos perfis delineados (a estimação de λ_{kjl}).

A determinação de que uma dada característica é ou não descritora do perfil advém da comparação das probabilidades de pertencimento aos perfis 1, 2 e 3 (λ_{1jl} , λ_{2jl} , λ_{3jl} , respectivamente) com as frequências marginais das respectivas categorias. Se a estimativa de λ_{kjl} for significativamente maior que a frequência de ocorrência da categoria l como resposta à variável j , essa categoria pode ser considerada descritora do perfil κ .

Neste trabalho, a exemplo da opção feita por BARBOSA (2001), CERQUEIRA (2004) entre outros, definiu-se como descritora de um perfil toda categoria cuja estimação de λ_{kjl} tenha valor 1,2 vez superior ao da frequência marginal correspondente.

O QUAD. 5.1 sumariza as características descritivas de cada perfil. Uma proporção considerável dos indivíduos que compõem a amostra (35,6%) teve 100% de pertencimento a um dos três perfis delineados e podem, portanto, ser considerados “tipos puros” desses perfis. Um total de 12,4% da amostra é tipo puro do perfil 1 enquanto 12,6% e 10,6% são tipos puros, respectivamente, dos perfis 2 e 3.

A síntese do processo de delineamento dos perfis de referência encontra-se anexa a este trabalho (ANEXO 2, TAB. A.1).

QUADRO 5.1: Resumo das categorias discriminatórias dos três perfis de referência delineados na tipologia de vulnerabilidade individual à infecção pelo HIV por via sexual - Brasil, 1998

(continua)

Variável	Descrição da Variável	Categorias	RISCO	Perfil 1	Perfil 2	Perfil 3
sexo	Sexo do entrevistado	1. Masculino 2. Feminino	Sexo Feminino	Nenhuma categoria discriminou o perfil	Sexo Masculino	
idade	Faixa de idade do entrevistado	1. 16 a 19 anos 2. 20 a 24 anos 3. 25 a 29 anos 4. 30 a 34 anos 5. 35 a 39 anos 6. 40 a 49 anos 7. 50 a 59 anos 8. 60 anos e +	Faixas: "16 a 19"; "50 a 59" e "60 anos e +"	Faixas: "40 a 49"; "50 a 59" e "60 anos e +"	"20 a 24" até "35 a 39"	
religs	Religiosidade	1. Não religioso 2. Religioso	"Religioso"	Nenhuma categoria discriminou o perfil	Nenhuma categoria discriminou o perfil	
num_parc	Número de parceiros nos últimos 12 meses	0. NS/NR 1. Não teve parceiro 1. Uma pessoa 2. Mais de uma pessoa	"Não teve parceiro nos últimos 12 meses"	"NS/NR" e "Uma pessoa"	"Mais de uma pessoa"	
condom	Uso de preservativo	0. Não teve intercurso nos últimos 12 meses 1. Sim 2. Não	"Não teve intercurso nos últimos 12 meses"	"Não"	"Sim"	
esteril	Entrevistado ou o parceiro é esterilizado	0. Não se aplica (entrevistadas com mais de 50 anos) 1. Não teve intercurso nos últimos 12 meses 2. Nem o entrevistado e nem o parceiro é esterilizado 3. O entrevistado ou o parceiro é esterilizado	"Não teve intercurso nos últimos 12 meses"	"Não se aplica" e "O entrevistado ou o parceiro é esterilizado"	"Nem o entrevistado e nem o parceiro é esterilizado"	
dst	Tem ou teve alguma doença sexualmente transmissível	0. NS/NR 1. Sim 2. Não	"NS/NR"	Nenhuma categoria discriminou o perfil	Nenhuma categoria discriminou o perfil	
sx_anal	Praticou sexo anal com parceiro estável ou último parceiro eventual	0. Não teve intercurso nos últimos 12 meses 1. Não adotou essa prática 2. Fez com parceiro estável 3. Fez com último parceiro eventual dos últimos 12 meses 4. Fez com ambos	"Não teve intercurso nos últimos 12 meses"	"Não adotou essa prática"	"Fez com o parceiro estável"; "Fez com o último parceiro eventual dos últimos 12 meses" e "Fez com ambos"	
estig1	Crianças com o vírus da aids deveriam ser proibidas de ir à escola	0. NS/NR 1. Concorda Totalmente 2. Concorda em parte 3. Discorda em parte 4. Discorda totalmente	"NS/NR"; "Concorda totalmente"; "Discorda em parte"	"NS/NR"; "Concorda totalmente"; "Concorda em parte"; "Discorda em parte"; "Discorda totalmente"	"Discorda totalmente"	
estig2	Comerciais de TV sobre camisinhas são uma boa coisa	0. NS/NR 1. Concorda Totalmente 2. Concorda em parte 3. Discorda em parte 4. Discorda totalmente	"NS/NR"; "Discorda em parte"; "Discorda totalmente"	"NS/NR"; "Discorda em parte"; "Discorda totalmente"	Nenhuma categoria discriminou esse perfil	
estig3	Um patrão deve demitir do emprego uma pessoa que tenha o vírus da aids para proteger seus colegas de trabalho	0. NS/NR 1. Concorda Totalmente 2. Concorda em parte 3. Discorda em parte 4. Discorda totalmente	"NS/NR"	"NS/NR"; "Concorda totalmente"; "Concorda em parte";	"Discorda totalmente"	
estig4	Mulheres grávidas com o vírus da aids deveriam fazer aborto	0. NS/NR 1. Concorda Totalmente 2. Concorda em parte 3. Discorda em parte 4. Discorda totalmente	"NS/NR"	"NS/NR"; "Concorda em parte"	"Concorda em parte"; "Discorda em parte"; "Discorda totalmente"	
estig5	Você aceitaria deixar seus filhos menores em companhia de uma pessoa que tem o vírus da AIDS?	0. NS/NR 1. Sim 2. Não	"NS/NR"	"Não"	"NS/NR"; "Sim"	
estig6	Você aceitaria que uma casa de apoio para doentes de AIDS funcionasse ao lado da sua casa?	0. NS/NR 1. Sim 2. Não	"NS/NR"	"NS/NR"; "Não"	"Sim"	

QUADRO 5.1: Resumo das categorias discriminatórias dos três perfis de referência delineados na tipologia de vulnerabilidade individual à infecção pelo HIV por via sexual - Brasil, 1998 (conclusão)

Variável	Descrição da Variável	Categorias	Perfil 1	Perfil 2	Perfil 3
CAPACIDADE DE RESPOSTA I - CONDIÇÕES DE DEFESA E REAÇÃO					
cor	Autoclassificação de cor do entrevistado	1. Branco 2. Negro	Nenhuma categoria discriminou o perfil	"Negro"	"Branco"
escola	Nível de escolaridade do entrevistado	0. Analfabeto 1. Lê e escreve 2. Fundamental incompleto 3. Fundamental completo 4. Médio incompleto 5. Médio completo 6. Superior incompleto 7. Superior completo	"Analfabeto"; "Lê e escreve" e "Médio incompleto"	"Analfabeto"; "Lê e escreve"; "Fundamental incompleto"	Todas as categorias acima de "fundamental completo" (inclusive) discriminaram este perfil
renda	Renda individual mensal do entrevistado	0. Não informou ou não sabe 1. Não possui rendimento 2. Até 1 SM 3. Mais de um e até 3 SM 4. Mais de 3 e até 5 SM 5. Mais de 5 e até 10 SM 6. Mais de 10 SM	"Não possui rendimento" e "Até um SM"	Todas as categorias abaixo de "mais de um e até três SM" (inclusive) discriminaram este perfil	Todas as categorias de renda individual acima de "mais de 3 e até 5 SM" (inclusive) discriminaram este perfil
rendfam	Renda familiar mensal total	0. Não informou ou não sabe 1. Não possui rendimento 2. Até 1 SM 3. Mais de um e até 3 SM 4. Mais de 3 e até 5 SM 5. Mais de 5 e até 10 SM 6. Mais de 10 SM	Todas as categorias abaixo de "mais de um e até três SM" (inclusive) discriminaram este perfil	"Não possui rendimento"; "Até 1 SM"; "Mais de um e até 3 SM"; "Mais de 3 e até 5 SM"	Todas as categorias de renda familiar acima de "mais de 5 e até 10 SM" (inclusive) discriminaram este perfil
classe	Classe econômica	A B C D E	Classes "D" e "E"	Classes "D" e "E"	Classes "A", "B", "C"
inf_aids	Informações adequadas sobre transmissão e risco de contrair HIV/AIDS	0. Não respondeu 1. Desinformado 2. Pouco informado 3. Algo informado 4. Informado	"Não respondeu" e "Desinformado"	"Não respondeu"; "Desinformado" e "Pouco informado"	"Algo informado" e "Informado"
av_risco	Avaliação do grau do próprio risco de contrair HIV	0. NS/NR 1. Nenhum risco 2. Baixo 3. Médio 4. Alto	"Nenhum risco"	"NS/NR"; "Nenhum risco"	"Baixo" e "Médio"
CAPACIDADE DE RESPOSTA II - ADAPTAÇÃO AO CENÁRIO DE RISCO					
testehiv	Fez o teste anti-HIV	0. Não respondeu 1. Sim 2. Não	Nenhuma categoria discriminou o perfil	"Não respondeu"	"Sim"
mudou	Mudou o comportamento após o surgimento da aids	1. Sim 2. Não	"Não"	"Não"	Nenhuma categoria discriminou esse perfil
neg_cond	Uso/não uso de preservativo com parceiro que não queria usar	0. Não respondeu 1. Não teve intercurso nos últimos 12 meses 2. Nunca passou por essa situação 3. Decidiu não fazer sexo 4. Usou após entrar em acordo, ou fez sexo sem penetração 5. Usou, sem entendimento com o parceiro 6. Fez sexo com penetração, sem camisinha	"Não teve intercurso nos últimos 12 meses"	"Nunca passou por essa situação"	"Decidiu não fazer sexo"; "Usou a camisinha após entrar em acordo com o parceiro, ou fez sexo sem penetração"; "Usou a camisinha sem entendimento com o parceiro"; "Fez sexo com penetração, sem camisinha".

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da "Pesquisa sobre Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/AIDS" (Ministério da Saúde - SAS - PNDST/AIDS, 1998).
Observações: NS/NR corresponde a "Não sabe/Não respondeu". Na escala da variável CLASSE, a categoria "A" indica a classe mais alta. Quanto à variável RELIGIOSIDADE, considerou-se como religioso o indivíduo cuja frequência a culto é pelo menos semanal.

A descrição probabilística dos perfis, dada pelos λ s, indicou a seguinte identificação dos perfis: perfil 1, de "não expostos com baixa capacidade de resposta", o perfil 2, de "expostos com baixa capacidade de resposta" e o perfil 3, de "muito expostos com alta capacidade de resposta". A explicitação sobre a adoção dessa terminologia, bem como a utilização dos perfis de referência para o delineamento de perfis predominantes e mistos, está apresentada no item 5.2.

5.2. Delineamento dos perfis predominantes e mistos

Conforme se relatou anteriormente, 35,6% dos indivíduos pertencem integralmente a um dos três perfis de referência delineados. Os 64,4% restantes pertencem, simultaneamente, e com diferentes graus de intensidade, a mais de um perfil. Na tentativa de precisar a aderência desses indivíduos às diferentes composições possíveis entre os perfis, foram utilizados padrões de definição de perfis predominantes e mistos. Estabeleceu-se um total de dez combinações possíveis, três das quais se caracterizam por intenso predomínio de um dos perfis de referência, seis têm predominância mais ligeira de um desses perfis e, a outra, denominada “sem predomínio”, conforme o nome sugere, caracteriza-se pela não predominância de qualquer um dos perfis, embora, neste caso, tenha reunido indivíduos com certas características que não foram agregadas por qualquer outro perfil.

Os perfis predominantes e mistos foram estabelecidos utilizando-se critérios propostos por SAWYER et al. (2000) para tal classificação. Os referidos critérios são apresentados no QUAD. 5.2.

QUADRO 5.2: Critérios de inclusão dos indivíduos em perfis de vulnerabilidade à infecção pelo HIV por via sexual

Perfis Predominantes	
Predominância do perfil 1	- $\{g_{i1} \geq 0,75\}$ ou - $\{0,50 \leq g_{i1} < 0,75\} \cap \{g_{i2} < 0,25\} \cap \{g_{i3} < 0,25\}$
Predominância do perfil 2	- $\{g_{i2} \geq 0,75\}$ ou - $\{0,50 \leq g_{i2} < 0,75\} \cap \{g_{i1} < 0,25\} \cap \{g_{i3} < 0,25\}$
Predominância do perfil 3	- $\{g_{i3} \geq 0,75\}$ ou - $\{0,50 \leq g_{i3} < 0,75\} \cap \{g_{i1} < 0,25\} \cap \{g_{i2} < 0,25\}$
Perfis Mistos	
Perfil misto entre 1 e 2 com predominância de 1	- $\{0,50 \leq g_{i1} < 0,75\} \cap \{0,25 \leq g_{i2} < 0,50\} \cap \{g_{i3} < 0,25\}$
Perfil misto entre 1 e 3 com predominância de 1	- $\{0,50 \leq g_{i1} < 0,75\} \cap \{0,25 \leq g_{i3} < 0,50\} \cap \{g_{i2} < 0,25\}$
Perfil misto entre 2 e 1 com predominância de 2	- $\{0,50 \leq g_{i2} < 0,75\} \cap \{0,25 \leq g_{i1} < 0,50\} \cap \{g_{i3} < 0,25\}$
Perfil misto entre 2 e 3 com predominância de 2	- $\{0,50 \leq g_{i2} < 0,75\} \cap \{0,25 \leq g_{i3} < 0,50\} \cap \{g_{i1} < 0,25\}$
Perfil misto entre 3 e 1 com predominância de 3	- $\{0,50 \leq g_{i3} < 0,75\} \cap \{0,25 \leq g_{i1} < 0,50\} \cap \{g_{i2} < 0,25\}$
Perfil misto entre 3 e 2 com predominância de 3	- $\{0,50 \leq g_{i3} < 0,75\} \cap \{0,25 \leq g_{i2} < 0,50\} \cap \{g_{i1} < 0,25\}$
Perfil sem predomínio	
Sem predomínio	- $\{g_{i1} < 0,50\} \cap \{g_{i2} < 0,50\} \cap \{g_{i3} < 0,50\}$.

A TAB. 5.1 apresenta a distribuição dos indivíduos segundo os perfis predominantes e mistos estabelecidos conforme os critérios anteriormente descritos. Como se verifica, a maioria (62,87%) da amostra investigada se distribuiu entre os perfis predominantes. Os 37,13% restantes combinam, de modo mais intenso, características de diferentes perfis de referência, constituindo perfis mistos.

TABELA 5.1: Distribuição dos indivíduos segundo predominância de perfis de vulnerabilidade individual à infecção pelo HIV por via sexual

Perfil	Descrição do perfil	Frequência	%
PERFIL 1			
Predominante 1	não expostos com baixa capacidade de resposta	543	17.70
Misto 1+2	homens não expostos com muito baixa capacidade de resposta	2	0.07
Misto 1+3	não expostos com alguma capacidade de resposta	73	2.38
SUB-TOTAL - PERFIL 1		618	20.14
PERFIL 2			
Predominante 2	expostos com baixa capacidade de resposta	751	24.48
Misto 2+1	expostos com baixa capacidade de resposta + não expostos com baixa capacidade de resposta	0	0.00
Misto 2+ 3	expostos com alguma capacidade de resposta	529	17.24
SUB-TOTAL - PERFIL 2		1280	41.72
PERFIL 3			
Predominante 3	muito expostos com alta capacidade de resposta	635	20.70
Misto 3+1	não expostos com alguma capacidade de resposta	7	0.23
Misto 3+2	muito expostos com razoável capacidade de resposta	518	16.88
SUB-TOTAL - PERFIL 3		1160	37.81
Sem predomínio	jovens consideravelmente expostas com baixa capacidade de resposta	10	0.33
Total		3068	100.00

Fonte dos dados básicos: "Pesquisa sobre Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/AIDS" (Ministério da Saúde - SAS - PNDST/AIDS, 1998).

A denominação dos perfis reflete o tipo de combinação que se estabeleceu, em cada perfil, entre as dimensões segundo as quais a vulnerabilidade é entendida neste trabalho, isto é, o padrão de exposição ao risco e a capacidade de resposta. Como se explicou no item 3.3 desta tese, essa combinação traduz o grau de vulnerabilidade ao que o indivíduo está exposto. Considerou-se que nomear os perfis pela combinação dos elementos, e não pela intensidade da vulnerabilidade, ilustra melhor as nuances existentes entre os mesmos.

As principais características dos perfis predominantes e mistos delineados estão descritas a seguir:

Perfil “Predominante 1”: Não expostos com baixa capacidade de resposta

O perfil 1 congregou 17,7% dos indivíduos, sendo que 12,4% têm a ele pertencimento total. Este perfil se caracteriza, fundamentalmente, por sua não exposição à infecção por via sexual uma vez que concentra indivíduos que não tiveram intercurso nos últimos

doze meses. A não exposição, porém, é concomitante à falta de ferramentas para responder ao risco, caso ele se materialize, e à não mudança de comportamento em face da existência da aids.

O perfil é fundamentalmente composto por mulheres (74,4%) e concentra os extremos da distribuição etária sendo formado, principalmente, por indivíduos de idades entre "16 a 19" e 50 anos ou mais (categorias "50 a 59" e "60 e +"). Fatores que aumentam o risco de infecção dos indivíduos deste perfil, em face de uma eventual exposição são: a religiosidade e opiniões e atitudes que estigmatizam indivíduos HIV positivos.

Neste perfil, concentram-se indivíduos com poucas condições de defesa e reação ao risco. Isto está sugerido pela associação de baixos níveis de escolaridade (analfabeto ou médio incompleto) e de renda individual ("não possui rendimento" ou "até 1 SM") e familiar ("até 1 SM", "de 1 até 3 SM", "não informou ou não sabe"), baixo nível econômico (classes "D" e "E"), risco de infecção auto-avaliado como nulo e desinformação ou pouca informação sobre a infecção.

Majoritariamente, os indivíduos do perfil declararam não ter mudado o seu comportamento em face da existência da AIDS e nunca fizeram teste anti-HIV. À maioria dos indivíduos predominantemente deste perfil não coube a pergunta sobre negociação do uso do preservativo com parceiro que não quisesse usar, já que os mesmos não tiveram relações sexuais nos últimos doze meses.

Perfil "Misto 1 + 2": (não expostos com baixa capacidade de resposta + expostos com baixa capacidade de resposta) = Homens não expostos com capacidade de resposta muito baixa

O perfil misto entre "não expostos com baixa capacidade de resposta" e "expostos com baixa capacidade de resposta", com predomínio do primeiro, teve a aderência de apenas 2 indivíduos. São homens, de 40 a 59 anos, não tiveram relações sexuais nos últimos doze meses, são analfabetos ou têm nível de escolaridade fundamental incompleto, expressam alto grau de estigmatização da AIDS, estão desinformados sobre o HIV/AIDS, consideram ter baixo risco de infecção e não indicam qualquer tipo de mudança de comportamento em função da existência da AIDS.

Perfil “Misto 1 + 3”: (não expostos com baixa capacidade de resposta + muito expostos com alta capacidade de resposta) = Não expostos com alguma capacidade de resposta

O perfil misto entre “não expostos com baixa capacidade de resposta” e “muito expostos com alta capacidade de resposta”, com predomínio do primeiro, teve a aderência de 2,38% dos indivíduos. Este perfil se caracteriza, fundamentalmente, pela não exposição à infecção por via sexual associada a elevadas condições de resposta ao risco, caso ele se materialize, e revela algum grau de mudança, em função da existência da AIDS, no comportamento dos indivíduos que a ele aderem.

Com respeito à dimensão risco, este perfil concentrou pessoas que não estiveram expostas à infecção por via sexual, posto que são indivíduos que não tiveram intercursos nos últimos doze meses. O perfil está formado, fundamentalmente, por mulheres (80,82%), religiosas, com idades entre 35 e 49 anos, cujas opiniões e atitudes não estigmatizam a AIDS.

O perfil se caracteriza pelas boas condições de defesa e reação dos indivíduos, expressas pela associação de altos níveis de escolaridade (médio completo até superior completo), rendimentos individual e familiar mensais elevados (respectivamente, de mais de 3 até mais de 10 SM e, de mais de 5 a mais de 10 SM), pertencimento às classes econômicas “A”, “B” e “C”, informações adequadas sobre HIV/AIDS (“algo informados” e “informados”). Os indivíduos avaliam como “baixo” o seu risco de infecção.

Os indivíduos deste perfil se caracterizam, ainda, por terem feito o teste anti-hiv, tendo efetivado, portanto, alguma mudança diante do cenário de risco. Denomina-se este perfil como “não expostos com alguma capacidade de resposta”.

Perfil “Predominante 2”: Expostos com baixa capacidade de resposta

Aderiram a este perfil 24,48% dos indivíduos da amostra, sendo que 12,6% com pertencimento total. Este perfil se caracteriza por um cenário de risco moderado, poucas

condições de defesa e reação e não efetivação de mudanças em função do risco a que estão expostos.

O cenário de risco que corresponde a esse perfil pode ser descrito pela associação de elementos que indicam diferentes intensidades de exposição. Dentre os elementos que indicam baixo nível de exposição, tem-se que, neste perfil, predominam indivíduos que tiveram prática sexual com apenas um parceiro nos 12 meses que antecederam à entrevista e que não praticaram sexo anal com o parceiro estável atual ou com o último parceiro eventual dos últimos doze meses, quando o tiveram. Dentre as características que indicam maior nível de exposição, o perfil tende a concentrar os indivíduos que não utilizaram a camisinha, que estão esterilizados (ou o seu parceiro) e que expressam alto grau de estigmatização da aids. A maior parte dos entrevistados que aderiram a esse perfil está em faixas de idade superiores aos 40 anos. A distribuição dos indivíduos, segundo o sexo, é, aproximadamente, a mesma da amostra total.

Quanto às condições de defesa e reação, são características desse perfil: ser pertencente à raça negra; ter baixos níveis de escolaridade (analfabeto; fundamental incompleto); pertencer às classes D e E; ter baixos níveis de renda individual e familiar (respectivamente, de não ter rendimento a ter até 3 SM e ter de 1 a 3 SM). Ademais, contribui para a baixa capacidade de resposta desses indivíduos o fato de eles estarem pouco informados ou desinformados sobre aids e não conseguirem avaliar seu próprio risco (categoria “Não sabe/Não responde”) ou considerarem não ter qualquer risco de infecção.

Os indivíduos deste perfil, majoritariamente, não experimentaram mudança de comportamento devido à existência da aids e não fizeram o teste anti-hiv ou não responderam se foram ou não testados. Ademais, o perfil concentra indivíduos que afirmam nunca terem passado pela situação de querer usar o preservativo com alguém que não queria usar. Os indivíduos que integram este perfil, portanto, não desenvolveram habilidades para efetivarem mudanças que os capacitem a enfrentar o risco a que estão expostos.

Perfil “Misto 2 + 1”: (expostos com baixa capacidade de resposta + não expostos com baixa capacidade de resposta)

Nenhum indivíduo foi agregado neste perfil.

Perfil “Misto 2 + 3”: (expostos com baixa capacidade de resposta + muito expostos com alta capacidade de resposta) = Expostos com alguma capacidade de resposta

O perfil misto entre “expostos com baixa capacidade de resposta” e “muito expostos com alta capacidade de resposta”, com predomínio do primeiro, teve a aderência de 17,24% dos indivíduos.

Como práticas que os indivíduos deste perfil mantêm e que indicam baixo nível de exposição ao risco de infecção estão: ter tido um parceiro sexual nos doze meses que antecederam à pesquisa e não praticar sexo anal. Dentre as práticas que indicam maior nível de exposição, o não uso da camisinha discriminou este perfil. A proporção de homens é ligeiramente superior à da amostra total (49,52%) e concentra indivíduos cujas faixas etárias vão dos 20 aos 39 anos.

Na dimensão condições de defesa e reação, os indivíduos que compõem este perfil se caracterizam por serem, em sua maioria, negros, terem nível de escolaridade fundamental incompleto, pertencerem à classe D, não possuírem rendimento individual ou terem rendimento de até 3 SMs, terem rendimento familiar mensal de entre um e cinco SMs e serem indivíduos pouco informados em relação ao HIV/AIDS.

Coerentemente com o fato de, em sua maioria, não usarem a camisinha, a maior parte dos indivíduos deste perfil nunca passou pela situação de querer usar preservativo com alguém que não queria. Contudo, as respostas dos indivíduos revelam, também, ligeira presença da negociação do uso do preservativo, resultando, principalmente, no uso da camisinha após entendimento com o parceiro, na prática do sexo sem penetração, ou na desistência de se ter a relação.

Perfil “Predominante 3”: Muito expostos com alta capacidade de resposta

Predominante para 20,7% dos indivíduos, sendo que 10,6% lhe pertenciam totalmente, este perfil se caracteriza por considerável exposição ao risco, alta capacidade de resposta e adaptação ao cenário com materialização do risco.

Com respeito à dimensão risco, mais uma vez, há a associação de elementos que indicam altos e baixos níveis de exposição. Dentre as primeiras, estão: ter tido mais de um parceiro nos últimos doze meses, ter praticado sexo anal com o parceiro estável e/ou com o último parceiro eventual dos últimos 12 meses e ter tido DSTs em algum momento da vida. Tais características estão associadas a outras, que atenuam o risco a que estão sujeitos os indivíduos, tais como o uso da camisinha, a não esterilização e atitudes ou opiniões que não estigmatizam a aids. Os indivíduos deste perfil são, majoritariamente, de sexo masculino (63,3%) e as faixas etárias predominantes vão dos 20 aos 49 anos.

Tendo em vista que este trabalho se preocupa particularmente com a infecção por via sexual e que esses indivíduos estão engajados nas práticas sexuais que envolvem maior risco, à exceção do uso da camisinha, considerou-se que estão muito expostos ao risco.

Esses indivíduos estão preparados a responder ativamente ao risco. Eles têm alto nível de escolaridade (discriminado para “fundamental completo” até “superior completo”), maiores rendimentos individuais e familiares e vêm de classes econômicas altas (categorias “A”, “B” e “C”). Os indivíduos desse perfil são informados ou algo informados sobre o HIV/AIDS e, em sua maioria, avaliam o seu risco de infecção como baixo ou médio.

Os indivíduos que integram este perfil experimentaram mudança de comportamento devido à existência da aids, fizeram teste anti-HIV e, dada a recusa de um parceiro em usar o preservativo, quando o/a entrevistado/a desejava usar, tiveram atitudes aparentemente contraditórias, mas que encerram um ponto em comum: a expressão do desejo de fazer uso do preservativo e a necessidade de negociar a respeito (“Decidiu não fazer sexo;” “Usou a camisinha após entrar em acordo com o parceiro, ou fez sexo sem

penetração"; "Usou a camisinha sem entendimento com o parceiro"; "Fez sexo com penetração, sem camisinha").

Perfil “Misto 3 + 1”: (muito expostos com alta capacidade de resposta + não expostos com baixa capacidade de resposta) = não expostos com alguma capacidade de resposta

Somente 7 indivíduos aderiram ao perfil misto entre “muito expostos com alta capacidade de resposta” e “não expostos com baixa capacidade de resposta”, com predomínio do primeiro.

A dimensão risco se configura, para este perfil, em torno das seguintes características: sexo feminino (71,42%); faixas de idade de "40 a 49" e “60 e +” anos; não ser religioso; não ter tido relações sexuais nos últimos 12 meses; não ter respondido a questão sobre DSTs; não ter opiniões e atitudes que estigmatizam a aids.

Quanto às condições de defesa e reação, os indivíduos deste perfil, majoritariamente, têm nível de escolaridade superior incompleto ou completo; raça branca; renda individual mensal de mais de 3 a mais de 10 SM; renda familiar de mais de 5 a mais de 10 SM; pertencem às classes econômicas A e B; estão algo informados ou informados sobre HIV/AIDS; avaliam ter baixo, médio e alto risco de contrair o HIV.

Os indivíduos mudaram o seu comportamento devido à existência da aids, fizeram teste anti-hiv e, ao serem perguntados sobre sua atitude, dada a indisposição de um parceiro em usar o preservativo quando o entrevistado desejava usar, não responderam a pergunta por não ter tido relações sexuais nos últimos 12 meses.

Este perfil não encerra diferenças marcantes em relação ao perfil misto “1 + 3” e, por tal razão recebeu a mesma denominação: não expostos com alguma capacidade de resposta. Em ambos casos, há a combinação da maioria de mulheres que não mantiveram relações sexuais nos últimos 12 meses, boas condições de defesa e reação ao risco e efetivação de alguma mudança em relação ao cenário de risco. Há diferenças sutis entre os referidos perfis mistos, em contraste com o perfil “1 + 3”, o perfil “3 + 1” é marcado pela não religiosidade, por ser ligeiramente mais envelhecido, pela proporção de

mulheres levemente inferior, pela maior expressão de opiniões e atitudes que não estigmatizam a aids e por condições de defesa e reação algo superiores.

Perfil “Misto 3 + 2”: (expostos com alta capacidade de resposta + expostos com baixa capacidade de resposta) = muito expostos com considerável capacidade de resposta

O perfil misto entre “muito expostos com alta capacidade de resposta” e “expostos com baixa capacidade de resposta”, com predomínio do primeiro, teve a aderência de 16,88% dos indivíduos.

No que concerne ao risco, todas as características discriminatórias deste perfil mantêm a mesma tendência de comportamento que apresentam no perfil dos “muito expostos com alta capacidade de resposta” sendo, porém, atenuadas pelo aumento da expressão das características do perfil “expostos com baixa capacidade de resposta”. Majoritariamente, os indivíduos do perfil tiveram mais de um parceiro nos últimos doze meses; praticaram sexo anal com o parceiro estável; tiveram DSTs em algum momento da vida; não expressaram atitudes ou opiniões que estigmatizam a aids; são do sexo masculino (54,24%); têm idade entre 20 e 49 anos.

No que concerne às condições de defesa e reação, este perfil congrega, principalmente, indivíduos de classe C, com nível de escolaridade de “fundamental completo” até “médio completo”, rendimentos individuais mensais que vão de 1 até 10 SMs e rendimentos familiares de 3 a mais de 10 SMs. Os indivíduos desse perfil estão algo informados sobre o HIV/AIDS e, em sua maioria, avaliam ter baixo risco de infecção.

Os indivíduos deste perfil apresentam indícios de mudanças diante do cenário de risco, pois foram testados para o HIV e, ao desejar usar preservativo com um parceiro, que não queria, exibiram habilidades de negociação tanto com, como sem êxito no exercício do sexo mais seguro.

Em síntese, os indivíduos que compõem este perfil estão expostos e apresentam considerável capacidade de resposta ao risco.

Perfil “0”: (Sem predomínio) = Jovens consideravelmente expostas com baixa capacidade de resposta

Um total de 10 indivíduos da amostra, não apresentaram características predominantes de nenhum perfil. Metodologicamente, fazer parte de um perfil sem predomínio indica que os elementos que congregam esse perfil estão equidistantes de todos os perfis extremos delineados e, portanto, não têm o predomínio de nenhum deles. Frequentemente, em trabalhos que utilizam o método GoM, o perfil “sem predomínio” é intercambiavelmente nomeado “amorfo”, expressão que chama atenção ao fato de que não seria possível formar um perfil com esses elementos já que eles estão ligados pela não conexão de suas características e não o contrário.

Neste caso, contudo, em que pese sua baixa representação no total da população, o perfil “sem predomínio” está discriminado por características que não descreveram, particularmente, nenhum dos outros perfis e que, reunidas, formam um perfil diferenciado.

Quanto ao padrão de exposição ao risco, este grupo apresenta-se da seguinte forma: sexo feminino (9 integrantes); indivíduos de 16 a 19 anos (9 casos); religiosidade (6 casos); mais de um parceiro sexual nos últimos 12 meses (4 casos); uso de camisinha (6 casos); não esterilização; não ter tido DST; expressão de estigmatização da aids por meio de opiniões e atitudes .

Segundo a descrição anterior, o perfil “sem predomínio” pode ser considerado um perfil de mulheres jovens cujo risco, já materializado, é aumentado pela religiosidade, pela prática sexual com mais de um parceiro nos últimos 12 meses e pela estigmatização da aids. Essas categorias, conferem a essas jovens um padrão de considerável risco de exposição.

No que concerne às condições de defesa e reação, o perfil “sem predomínio” congregou indivíduos que, majoritariamente, têm as seguintes características: raça negra; escolaridade de nível "Fundamental incompleto" e "Médio completo"; rendimento individual mensal: "Não informou ou não sabe o rendimento", "Não possui rendimento", "Até 1 SM"; rendimento familiar mensal: "Não informou ou não sabe";

classe econômica "D"; quanto ao HIV/AIDS estão "Pouco informados" ou "Informados"; têm risco de contrair a aids autoavaliado como "baixo" ou "médio".

Este grupo não foi testado para o HIV, mas efetivou alguma mudança em relação ao cenário de risco, pois, quando perguntados sobre sua atitude quando desejaram usar o preservativo com parceiro que não queria, não responderam a pergunta, ou decidiram não fazer sexo, ou fizeram sexo com preservativo sem ter entrado em entendimento com o parceiro. O fato de o uso de preservativo sem entendimento com o parceiro ser a categoria mais apontada pelos indivíduos do perfil sugere algum grau de empoderamento das jovens que integram o perfil. Apesar desse ligeiro grau de empoderamento, pela associação com as características que descrevem o perfil quanto às condições de defesa e reação, ele foi considerado como de baixa capacidade de resposta.

5.3. Análise comparativa entre a amostra total e perfis selecionados

Como já se comentou anteriormente, um dos principais méritos do GoM é possibilitar o delineamento de perfis mistos, que permitem identificar a posição de todos os elementos de uma dada amostra em relação aos perfis de referência. Essa possibilidade propicia o entendimento mais profundo da heterogeneidade do conjunto, uma vez que um grande número de elementos pode aderir aos perfis mistos.

No caso da tipologia estabelecida neste trabalho, contudo, a maior parte dos elementos (62,87%) aderiu aos perfis de referência. Por tal razão, nesta seção, é realizada uma comparação mais aprofundada entre esses perfis e a amostra total utilizada. A comparação inclui, também, informações sobre as "jovens consideravelmente expostas com baixa capacidade de resposta", que, embora seja um grupo formado por apenas dez entrevistados, apresenta particularidades de grande interesse para a compreensão do objeto de estudo.

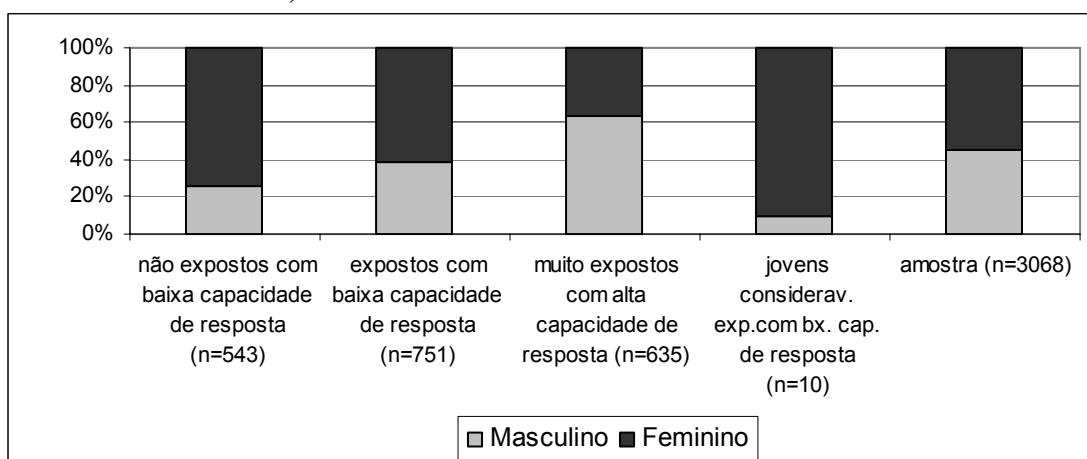
De acordo com a descrição realizada na seção 5.2, é possível identificar pontos críticos de vulnerabilidade em determinados perfis. Claramente, esse é o caso dos "expostos com baixa capacidade de resposta" e, de maneira menos clara, mas igualmente

preocupante, dos “não expostos com baixa capacidade de resposta”. Por um lado, o primeiro perfil referido aninha indivíduos que estão expostos ao risco, mas cujas condições de defesa e reação não lhes garantem habilidade de efetivar mudanças frente ao cenário de risco ao que estão sujeitos. Por outro lado, o segundo perfil congrega entrevistados não expostos ao risco, mas também despreparados para responder a sua eventual materialização e, portanto, inábeis para modificar seu comportamento em um cenário de risco aumentado.

Os outros perfis selecionados para esta comparação, o de “muito expostos com alta capacidade de resposta” e o de “jovens consideravelmente expostas com baixa capacidade de resposta”, têm em comum a frequência mais elevada do que a da amostra e a dos demais perfis da prática sexual com mais de um parceiro nos últimos 12 meses. Embora apresentem padrão de exposição semelhante, os referidos perfis diferem substancialmente na configuração da dimensão capacidade de resposta sendo que as “jovens consideravelmente expostas com baixa capacidade de resposta” encontram-se particularmente vulneráveis por combinarem práticas que lhes aumentam a exposição com pouca capacidade de resposta.

Os GRAFS. 5.1 e 5.2 apresentam a distribuição por sexo e idade dos entrevistados nos perfis selecionados e na amostra. Conforme se verifica, apenas o perfil “muito expostos com alta capacidade de resposta” tem marcado predomínio de homens, sendo que as mulheres são majoritárias no perfil “não expostos com baixa capacidade de resposta” e correspondem a nove entre os dez integrantes do perfil “jovens consideravelmente expostas com baixa capacidade de resposta”.

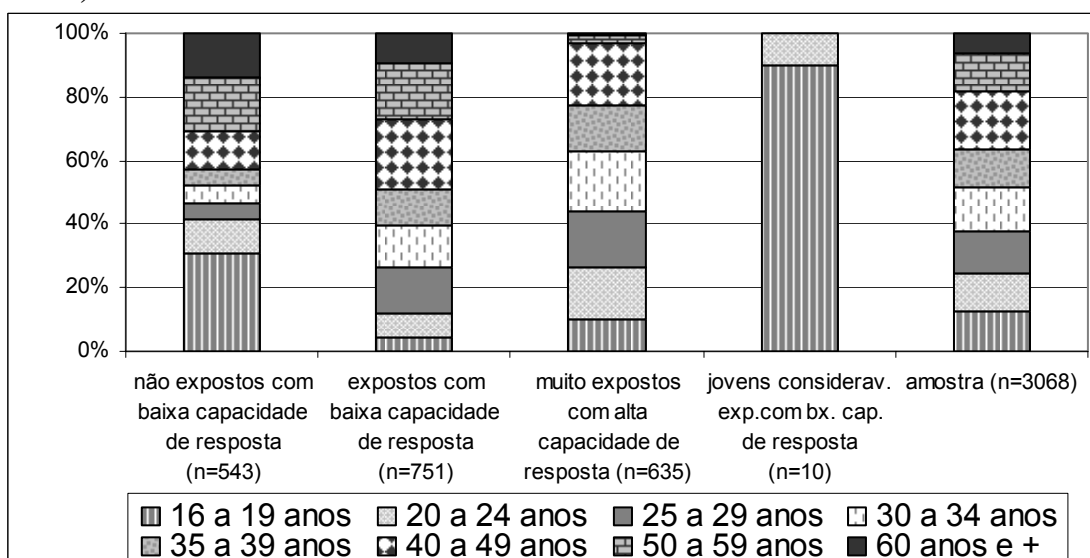
GRÁFICO 5.1: Sexo dos entrevistados aninhados nos perfis selecionados e na amostra total - Brasil, 1998



Fonte dos dados básicos: “Pesquisa sobre Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/AIDS” (Ministério da Saúde - SAS - PNDST/AIDS, 1998).

Com respeito à idade, vê-se que entre os “não expostos com baixa capacidade de resposta” predominam jovens de 16 a 19 anos e adultos com mais de 50 anos; que os “expostos com baixa capacidade de resposta” têm, principalmente, mais de 40 anos; que os “muito expostos com alta capacidade de resposta” concentram indivíduos de 20 a 39 anos; e, que todos os indivíduos dentre as “jovens consideravelmente expostas com baixa capacidade de resposta” têm entre 16 e 24 anos.

GRÁFICO 5.2: Distribuição etária nos perfis selecionados e na amostra total - Brasil, 1998



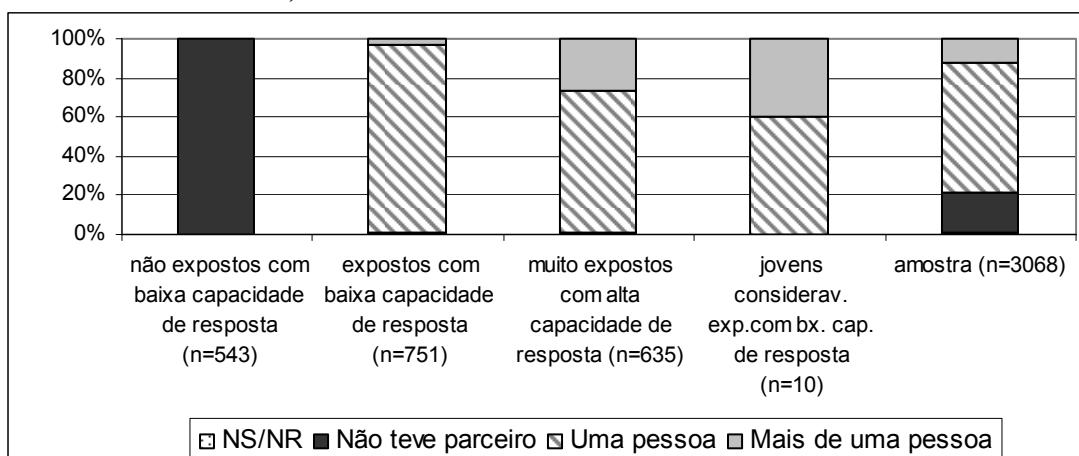
Fonte dos dados básicos: “Pesquisa sobre Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/AIDS” (Ministério da Saúde - SAS - PNDST/AIDS, 1998).

O padrão de exposição ao risco de infecção pelo HIV por via sexual foi o fio condutor utilizado na comparação realizada. As seções 5.3.1 e 5.3.2 versam, respectivamente, sobre os indivíduos não-expostos e sobre os expostos.

5.3.1. Não expostos ou ainda não expostos? Considerações acerca da transitoriedade da não exposição dos “não expostos com baixa capacidade de resposta”

Dos perfis selecionados para esta comparação, o de “não expostos com baixa capacidade de resposta” é o único que se caracteriza pela não exposição dos seus integrantes ao risco de infecção pela via sexual, fruto de esses entrevistados não terem tido relações sexuais nos doze meses que antecederam a coleta dos dados (GRAF. 5.3).

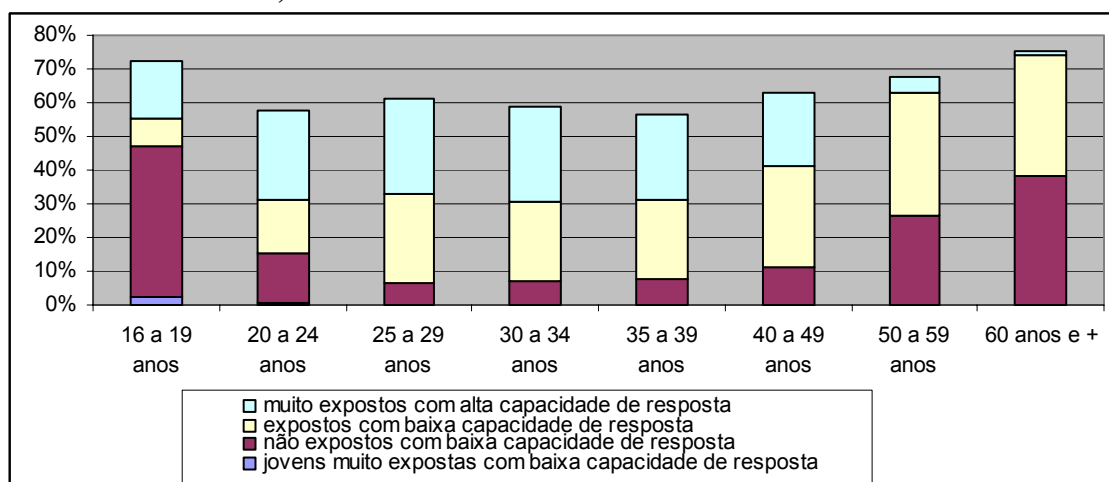
GRÁFICO 5.3: Número de parceiros dos entrevistados nos perfis selecionados e na amostra total - Brasil, 1998



Fonte dos dados básicos: “Pesquisa sobre Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/AIDS” (Ministério da Saúde - SAS - PNDST/AIDS, 1998).

A distribuição etária dos perfis selecionados (GRAF. 5.2), em consonância com o que já se descreveu na seção 5.2, revela que os “não expostos com baixa capacidade de resposta” contam com marcado predomínio de entrevistados dos extremos de idade inferior e superior. De fato, 47% dos entrevistados de 16 a 19 anos e quase 40% dos maiores de 60 anos estão nesse perfil (GRAF. 5.4).

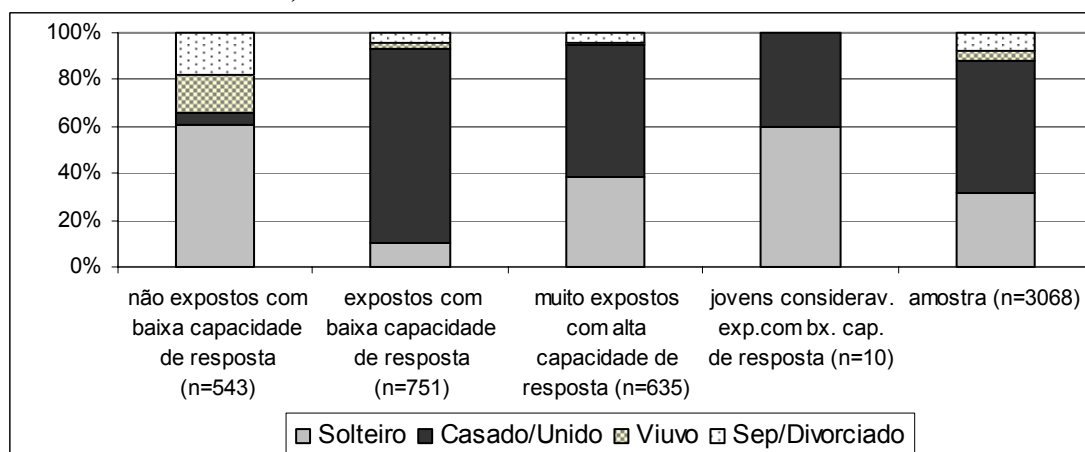
GRÁFICO 5.4: Distribuição dos grupos etários da amostra entre os perfis selecionados - Brasil, 1998



Fonte dos dados básicos: “Pesquisa sobre Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/AIDS” (Ministério da Saúde - SAS - PNDST/AIDS, 1998).

Quanto ao estado conjugal, tem-se que a maioria dos indivíduos desse perfil são solteiros, viúvos e separados/divorciados (GRAF. 5.5), sendo lógico assumir que o extremo inferior da distribuição etária é composto por solteiros e o extremo superior, principalmente, por viúvos e separados/divorciados.

GRÁFICO 5.5: Estado conjugal dos entrevistados nos perfis selecionados e na amostra total - Brasil, 1998

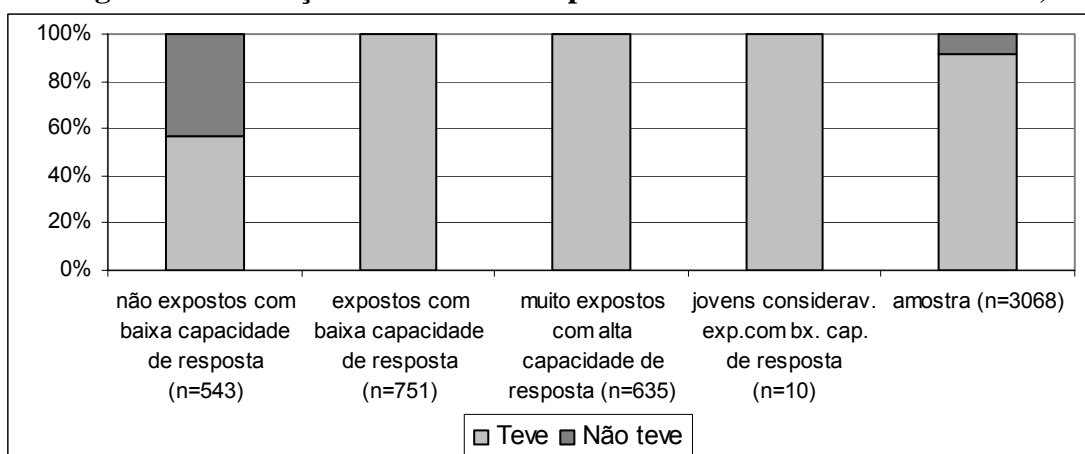


Fonte dos dados básicos: “Pesquisa sobre Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/AIDS” (Ministério da Saúde - SAS - PNDST/AIDS, 1998).

A associação das informações sobre composição etária, situação conjugal e número de parceiros coloca uma questão óbvia sobre o perfil que se denominou “não expostos com baixa capacidade de resposta”: quão transitória, ou permanente, é a condição de não exposição do perfil?

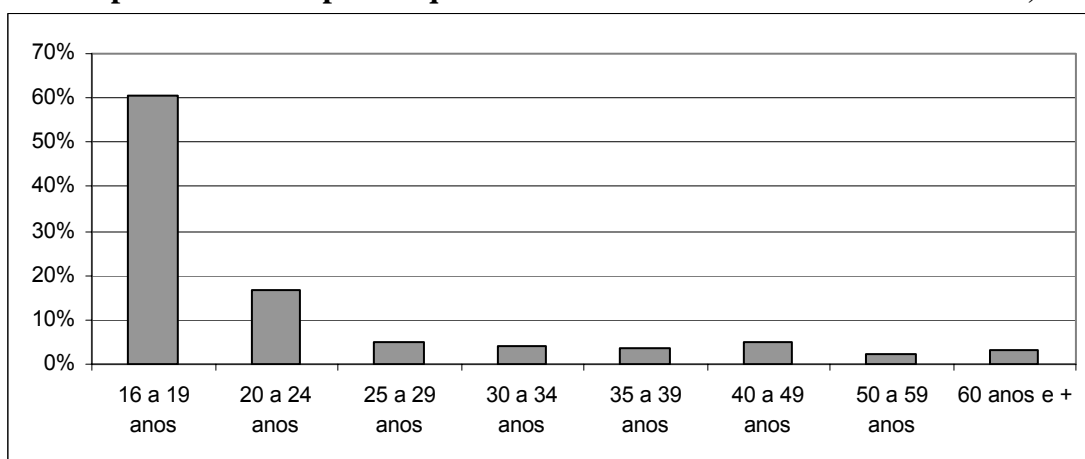
A inatividade sexual dos indivíduos que compõem o perfil está relacionada ao fato de que uma proporção considerável deles nunca teve relações sexuais, o que é particularmente verdadeiro para os integrantes de 16 a 19 anos (GRAFS. 5.6 e 5.7). A combinação entre a faixa etária desses indivíduos e o fato de eles ainda não terem iniciado a sua vida sexual chama a atenção para a circunstancialidade da não exposição dessa parcela dos elementos do perfil “não expostos com baixa capacidade de resposta”. Mais adequadamente, o subgrupo de que se está tratando pode ser denominado “não expostos circunstanciais”.

GRÁFICO 5.6: Distribuição dos indivíduos nos perfis selecionados e na amostra total segundo informação sobre ter tido o primeiro intercuro sexual - Brasil, 1998



Fonte dos dados básicos: “Pesquisa sobre Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/AIDS” (Ministério da Saúde - SAS - PNDST/AIDS, 1998).

GRÁFICO 5.7: Distribuição etária dos indivíduos do perfil "não expostos com baixa capacidade de resposta" que nunca tiveram intercuro sexual - Brasil, 1998



Fonte dos dados básicos: “Pesquisa sobre Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/AIDS” (Ministério da Saúde - SAS - PNDST/AIDS, 1998).

O que de fato preocupa sobre a presença desses jovens em tal grupo são as características que apontam o despreparo dos integrantes desse perfil para se defender, de maneira eficaz, de uma eventual exposição ao risco. Embora a baixa capacidade de resposta seja um fator de preocupação em relação a todos os indivíduos do perfil, entende-se que a exposição ao risco é menos provável para os viúvos ou separados com mais de 50 anos, do que para os jovens que ainda não iniciaram a sua vida sexual. De fato, considera-se que a exposição ao risco é iminente para os jovens “não expostos circunstanciais” sendo pertinente refletir sobre as condições que esses indivíduos terão para se defender do risco de infecção uma vez que dêem início à sua vida sexual.

Os dados utilizados oferecem uma imagem estática da população, não permitindo, por exemplo, que se identifique para que perfil migrarão, ou que novo perfil configurarão, os “não expostos circunstanciais” após o seu primeiro intercuro. No entanto, pela análise das características dos perfis delineados, desses indivíduos em particular e dos indivíduos desse grupo etário distribuídos entre os demais perfis, é possível lançar alguma luz sobre a questão.

Sabe-se que os “não expostos com baixa capacidade de resposta”, além de ocuparem os extremos da distribuição etária e não terem tido intercuro sexual nos últimos doze meses, são, em sua maioria, de sexo feminino, religiosos, analfabetos ou com nível de escolaridade fundamental incompleto, pertencem às classes D e E e tendem a ter pouca ou nenhuma informação sobre o HIV. Entre os perfis de expostos, a maior associação dessas características foi encontrada entre os “expostos com baixa capacidade de resposta”, embora esses se concentrem na faixa etária superior aos 40 anos e não sejam religiosos, e entre as “jovens consideravelmente expostas com baixa capacidade de resposta” que em sua maioria (9 entre os 10 elementos) são jovens de 16 a 19 anos de idade, religiosas, com pouca informação sobre o HIV e pertencentes à classe D. Tendo em vista as características desses dois perfis, é possível sugerir que eles sejam o destino provável dos jovens não expostos uma vez que entrem em exposição. A esse respeito, preocupa o fato de que a iniciação sexual dos jovens se dê sem que eles tenham capacidade de responder adequadamente aos riscos de uma infecção.

Entretanto, uma análise mais cuidadosa pode ser feita comparando as características dos jovens de 16 a 19 anos que compõem os diferentes perfis (GRAFS. A1-A6, no ANEXO

3). Grosso modo, os “não expostos circunstanciais”, isto é, os jovens de 16 a 19 anos do perfil “não expostos com baixa capacidade de resposta” são, predominantemente, de sexo feminino, não religiosos, com nível de escolaridade fundamental incompleto, classe econômica D e estão algo informados sobre HIV/AIDS. Com base nessa informação, observa-se que, em relação ao perfil ao qual aderem, os “não expostos circunstanciais” têm maiores níveis de escolaridade, classe econômica um pouco mais elevada, informação sobre HIV/AIDS um pouco mais alta e religiosidade algo mais baixa.

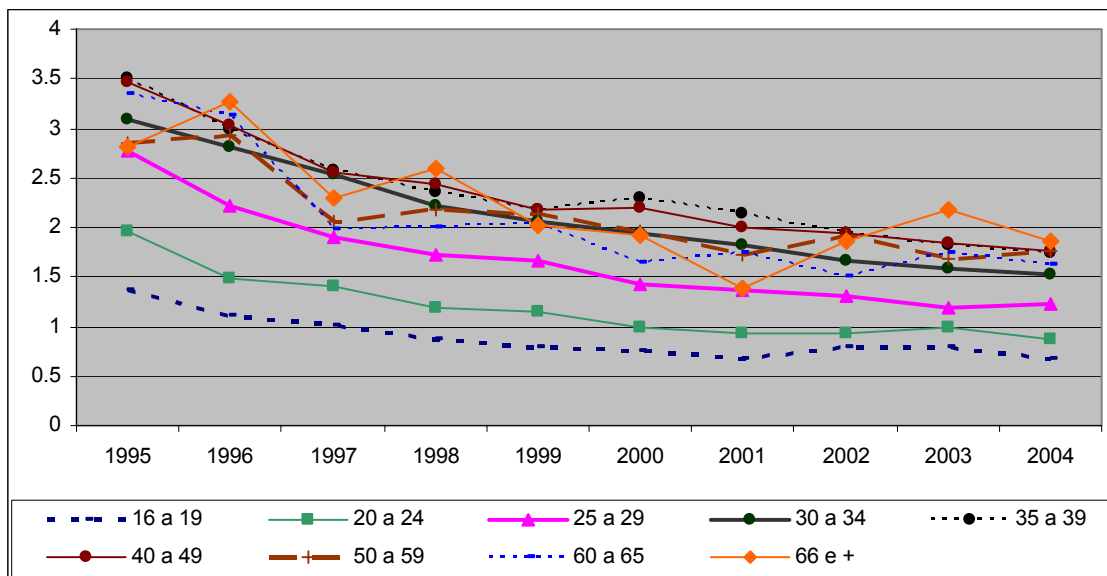
Quando comparados aos jovens de 16 a 19 anos dos demais perfis, a maior identificação dos “não expostos circunstanciais” é com os “expostos com baixa capacidade de resposta” e com as “jovens consideravelmente expostas com baixa capacidade de resposta”. Entre os jovens dos três grupos citados, predominam as mulheres, os indivíduos da raça negra, aqueles que pertencem à classe econômica D, os que têm nível de escolaridade fundamental incompleto e pouca ou alguma informação sobre o HIV/AIDS. Os jovens “muito expostos com alta capacidade de resposta”, por outro lado, são predominantemente do sexo masculino (76,6%), brancos (60,9%) e têm maior nível econômico, de escolaridade e de informação sobre o HIV/AIDS.

Sendo assim, embora a natureza transversal dos dados de que se dispõe não possibilite o acompanhamento da trajetória dos indivíduos ao longo do tempo, pelas características descritas, parece ser que, uma vez iniciados sexualmente, os “não expostos circunstanciais” tendem a apresentar baixa capacidade de resposta ao risco de infecção. Outrossim, lembra-se que esses jovens com baixa capacidade de resposta são, majoritariamente, mulheres.

Jovens, mulheres e com capacidade de resposta ao risco de infecção reduzida, bem como indicam os baixos níveis socioeconômico e de informação sobre o HIV/AIDS. Iminentemente expostas, ou já expostas, essas jovens mulheres têm considerável grau de vulnerabilidade à infecção pelo HIV. Lamentavelmente, essa constatação é corroborada pelas razões de sexo calculadas para os casos de aids diagnosticados no Brasil. Essas razões são, persistentemente, mais baixas para o grupo de 16 a 19 anos do que para todos os outros grupos etários. Em 1998, a cada 100 casos diagnosticados entre

mulheres dessa faixa etária corresponderam 87 casos de homens e, em 2004, essa correspondência foi de 67 casos em homens para cada 100 entre mulheres (GRAF. 5.8).

GRÁFICO 5.8: Razão de sexo dos indivíduos diagnosticados com aids, por grupo etário - Brasil, 1995 - 2004



Fonte dos dados básicos: MS/SVS/PN DST-AIDS disponíveis em www.aids.gov.br, no menu ÁREA TÉCNICA/EPIDEMIOLOGIA/TABULAÇÃO DE DADOS.

Entre 2002 e 2004, observa-se certa estabilidade das razões de sexo para o grupo etário do qual se está tratando; contudo, o declínio verificado ao longo da série apresentada sugere que a situação de vulnerabilidade aumentada, desse grupo de mulheres jovens, identificada no delineamento dos perfis, tem se agravado ao longo do tempo. Consultando a fonte dos dados básicos²⁹, observa-se que a transmissão heterossexual predomina para as mulheres desse grupo etário em todo o período e, para os homens, o uso de drogas injetáveis é a mais expressiva sendo que a transmissão por via sexual, tanto homo/bi como heterossexual, ganha importância crescente, principalmente, a partir de 1998, quando a associação das categorias homo e bissexual ultrapassa a categoria de UDI.

A literatura avança diversas hipóteses para a maior vulnerabilidade das mulheres jovens, a saber: a diminuição da idade de iniciação sexual³⁰ e o abandono do uso preservativo

²⁹ Dados não apresentados, disponíveis em www.aids.gov.br, no menu ÁREA TÉCNICA/EPIDEMIOLOGIA/TABULAÇÃO DE DADOS.

³⁰ SIMÃO (2005) analisou duas coortes de mulheres (50-59 e 20-29 anos) que, em 2002 residiam em Belo Horizonte. Seus resultados indicam a redução da idade de início da vida sexual que, para as mais

após a estabilização de um relacionamento (DANTAS, 2002; BORGES e SHOR, 2005); a imaturidade do aparelho genital, que deixa as jovens mais propensas à infecções durante o intercuro, o fato de, culturalmente, as mulheres se relacionarem com homens mais velhos e, portanto, com maior tempo de exposição potencial à infecção por alguma DST, inclusive a aids e, em relação aos quais, elas enfrentam maior desequilíbrio de poder (BASTOS, 2001).

Considera-se que imaturidade do aparelho genital das adolescentes e jovens é um fator biológico que se torna um potencializador da vulnerabilidade na medida em que há a diminuição da idade à primeira relação sexual. Os demais fatores listados, ou seja, o abandono do uso de preservativo após a estabilização do relacionamento ou o fato e as conseqüências de as mulheres se relacionarem com homens mais velhos, refletem questões de gênero que não dizem respeito apenas ao grupo de 16 a 19 anos de idade sendo, de fato, algumas das explicações para o fenômeno da feminização da epidemia em todos os grupos etários.

Em grande medida, os fatores que determinam a maior vulnerabilidade à infecção pelo HIV, das jovens de 16 a 19 anos, também são determinantes do recorrente evento da gravidez na adolescência. Embora o Brasil venha apresentando tendência de queda da fecundidade há várias décadas, para o grupo de 15 a 19 anos a tendência é inversa, fundamentalmente, na região Nordeste do país (CAMARANO, 1998).

Além de relacionar-se com a redução na idade da iniciação sexual feminina, a fecundidade precoce é influenciada pelo desconhecimento do próprio corpo e do seu aparato reprodutivo. Ademais, cabe questionar quem realiza a escolha contraceptiva das adolescentes em suas primeiras relações sexuais, pois, se por um lado, ao longo da sua vida reprodutiva, essa decisão compete, normalmente, à mulher; por outro lado, pode

velhas ocorreu, em média, aos 21 anos e, para as mais jovens, aos 18 anos. Em estudos com mulheres e homens, chama a atenção o fato de a tendência de declínio da idade à primeira relação sexual ser particularmente expressiva entre as mulheres, o que aproximou a sua idade de iniciação sexual daquela exibida pelos homens de sua coorte. No estudo de base nacional que deu origem à amostra utilizada nesta tese, a idade à primeira relação daqueles entrevistados que tinham mais de 40 anos, quando da coleta dos dados, foi de 20,6 para as mulheres e 16,4 para os homens. Entre aqueles que tinham entre 20 e 24 anos, as mulheres se iniciaram, em média, aos 15,2 anos e, os homens, aos 14,5 (CEBRAP, 2000). BORGES e SHOR (2005), em 2002, compararam mulheres e homens de 15 a 19 anos, residentes na Zona Leste de São Paulo, e verificaram uma idade média à primeira relação bastante próxima: 15,28 para as mulheres e 14,94 para os rapazes.

ser que o inverso ocorra nesse período da vida das mulheres, pela associação da pouca idade e experiência com o fato de os parceiros serem normalmente mais velhos e, possivelmente, mais experientes. Em ambos casos, pode-se pensar, ainda, que a negociação de práticas sexuais que protejam a mulher tanto de uma gravidez, como de uma DST seja particularmente difícil nessa faixa etária.

DESSER (1993) verificou, entre adolescentes cariocas que já experimentaram alguma gravidez, que a decisão sobre a contracepção é tarefa feminina e que, em geral, essas jovens não se sentem à vontade para (ou com o direito de) solicitar ao parceiro o uso da camisinha. Segundo a autora, mesmo havendo um processo de modernização social em curso, ainda há um código de moral social que prevê o cerceamento da sexualidade adolescente. Sob o ponto de vista moral, a premeditação do ato sexual é condenada; porém, isso não impede a perda da virgindade, que termina por ocorrer “inesperadamente”. A autora verificou, ainda, que não só a primeira relação, mas todo período de iniciação sexual, tem o inesperado como um fator bastante presente. Nesse contexto, a utilização consistente de métodos de prevenção eficazes é improvável. Em geral, as jovens entrevistadas afirmaram a necessidade de esconder da família que já não eram virgens e, portanto, não poderiam ser vistas, por exemplo, tomando pílulas anticoncepcionais. É como se as adolescentes tivessem que se “manter virgens”, mesmo após deixar de sê-lo.

Relações sexuais que “simplesmente acontecem” sem planejamento anterior, também foram apontadas por outros estudos como uma barreira importante na adoção de algum tipo de prevenção, contraceptiva ou contra DSTs, por parte de adolescentes de ambos sexos, tanto na primeira como nas demais relações sexuais (SANTOS, JUAREZ e MOREIRA, 2001; BORGES e SHOR, 2005).

Embora a suposta imprevisibilidade das relações sexuais no período da adolescência iniba a adoção de medidas de prevenção consistentes e eficientes há que ser ressaltar que os mais jovens fazem maior utilização de preservativo do que os demais grupos etários. Essa maior utilização, contudo, é diferenciada segundo sexo e nível socioeconômico, sendo que homens e indivíduos de estratos socioeconômicos mais altos

são os mais propensos ao uso. Como apontam PAIVA et. al., “a ‘sinergia de pragas’³¹ é emblemática no caso das meninas: o baixo status sócio-econômico se soma às vicissitudes das relações de gênero e ao *status* das mulheres” explicitando a sua baixa capacidade de resposta (CEBRAP, 2000; PAIVA et. al., 2003:39).

As constatações da literatura somam-se à análise realizada sobre a tipologia delineada e corroboram a necessidade de enfatizar a prevenção no grupo etário mais jovem, tanto entre adolescentes que já deram início à prática sexual, para que conheçam e utilizem medidas eficazes de prevenção, quanto entre os “não expostos circunstanciais”, para que iniciem a sua vida sexual de maneira segura e consciente.

Como se viu, adolescentes do sexo feminino experimentam uma sobreposição de vulnerabilidades aumentadas que dizem respeito à fecundidade precoce e à infecção pelo HIV. Essa dupla vulnerabilidade é agravada pelo momento de transição, no que se refere à mudança de padrões culturais de gênero, pelo qual estão passando essas jovens.

Em relação às gerações anteriores, houve mudanças claras na vivência da sexualidade por parte das adolescentes e jovens, tais como a redução da idade à primeira relação sexual e o uso mais freqüente de preservativo, o que demonstra a aproximação das experiências sexuais de mulheres e homens dessa faixa etária quanto a essas questões. A explicação mais plausível para o maior uso do preservativo é a mesma para jovens de ambos os sexos, isto é, o fato de eles estarem expostos às campanhas de prevenção que ressaltam a importância da utilização da camisinha desde antes de sua iniciação sexual (CALAZANS et. al., 2005). No que diz respeito à idade de início da atividade sexual, pode-se pensar que, na realidade, a diferença na idade de iniciação entre mulheres e homens nunca tenha tido, ou ao menos, há algum tempo já não tivesse, a magnitude sugerida pelos dados. Isso porque essas informações não só refletem a idade com que o primeiro intercuro ocorre, mas também (ou sobretudo), a idade que se deseja declarar para tal evento.

³¹ A “sinergia de pragas” se refere à associação entre a AIDS e fatores socioeconômicos e/ou estruturais tais como a precariedade habitacional e as desigualdades raciais e de gênero (a esse respeito ver, por exemplo, WALLACE, 1988; WALLACE e WALLACE, 1995).

Os esforços pelo controle social da sexualidade feminina, por parte de instituições como a família ou a religião, enfatizaram, majoritariamente, a prorrogação da idade de iniciação sexual ou a sua vinculação ao matrimônio. Sendo assim, o que a redução na idade declarada de iniciação sexual pode estar de fato refletindo é uma mudança em direção ao exercício mais autodeterminado e pleno da sexualidade feminina. Nesse caso, essa nova maneira de vivenciar a sexualidade estaria ocorrendo juntamente com o que parece ser um processo de relativização da virgindade como pré-requisito para o matrimônio e/ou para que a mulher não tenha a sua moralidade questionada.

No entanto, como é comum aos processos de transformação, a adesão a novos padrões não substitui completamente os elementos do modelo anterior, mas dá lugar à convivência entre dois ou mais modelos. Assim, a maior aceitação de um novo padrão de comportamento sexual entre adolescentes, ocorre em concomitância com a permanência de elementos tais como os diferentes significados que mulheres e homens atribuem às relações tidas no período de iniciação sexual.

De acordo com a literatura, para os meninos, o período de iniciação sexual está marcado pela curiosidade, pela aventura e pela reafirmação no grupo de amigos, sendo que a perspectiva de ter um relacionamento estável não parece ser uma prioridade nesse momento; por outro lado, entre as meninas ainda é frequente a noção de que há uma grande entrega envolvida nessas relações, que estão marcadas pelo desejo de que ocorram em um relacionamento estável, ou que conduzam a um (entre outros BOZON e HEILBORN, 2001; BORGES e SHOR, 2005).

Essas percepções, somadas a elementos tais como o fato de que, tradicionalmente, as mulheres se relacionam com homens de outras faixas etárias e, portanto, com maior tempo de exposição a infecções pela via sexual e com os quais podem enfrentar maior dificuldade de negociação da prática sexual, reforçam a proposição de que a vulnerabilidade dupla que as adolescentes enfrentam é agravada em um contexto de transição de padrões culturais de gênero.

Por um lado, as meninas vêm exercendo mais livremente a sua sexualidade, por outro lado, essa maior liberdade não parece se refletir em uma renovação do tipo de relacionamento que estabelecem. Assim, cabe questionar que tipo de medidas de

prevenção poderiam ser efetivas para transformar esse quadro, auxiliando as jovens na aquisição do poder que lhes possibilitará o exercício pleno e seguro de sua sexualidade e reprodução.

5.3.1. Adultos expostos e muito expostos: análise comparativa segundo variáveis dos indivíduos e de suas parcerias

Nesta seção, comparam-se os indivíduos, com mais de vinte anos, dos perfis de “expostos com baixa capacidade de resposta” e de “muito expostos com alta capacidade de resposta” tendo em vista, primeiramente, as suas características gerais e logo os diferenciais encontrados entre as mulheres e os homens que os integram. Em seguida, utilizam-se informações sobre os parceiros(as) dos entrevistados(as) com vistas a incorporar na análise, ainda que brevemente, a dimensão da parceria.

Como descrito na seção 5.2, e como se verificou na breve análise que considerou apenas os entrevistados de 16 a 19 anos, os “expostos com baixa capacidade de resposta”, bem como sugere a denominação do perfil combinam moderada exposição ao risco à baixa capacidade de resposta, o que lhes confere alto grau de vulnerabilidade. De maneira análoga, os “muito expostos com alta capacidade de resposta” têm baixo grau de vulnerabilidade. A TAB. 5.3 sintetiza os resultados que levam à constatação sobre o grau de vulnerabilidade desses perfis e permite comparar nuances entre mulheres e homens, tanto entre os perfis como internamente a eles.

TABELA 5.3: Distribuição de mulheres e homens, com vinte anos ou mais, “expostos com baixa capacidade de resposta” e “muito expostos com alta capacidade de resposta” segundo variáveis de interesse - Brasil, 1998

(continua)

Categorias	Expostos com baixa capacidade de resposta (%)			Muito expostos com alta capacidade de resposta (%)			Variação % entre os perfis =(expostos-muito expostos)	
	Homens (n=282)	Mulheres (n=438)	Variação (=H-M)	Homens (n=353)	Mulheres (n=218)	Variação (=H-M)	Homens	Mulheres
FAIXA ETÁRIA								
20 a 24 anos	9.2	8.0	1.2	17.6	18.3	-0.7	-8.4	-10.3
25 a 29 anos	12.1	16.4	-4.3	20.1	19.7	0.4	-8.0	-3.3
30 a 34 anos	13.8	13.9	-0.1	20.7	21.6	-0.9	-6.9	-7.7
35 a 39 anos	8.2	14.2	-6.0	16.7	15.1	1.6	-8.5	-0.9
40 a 49 anos	23.8	22.8	1.0	19.8	24.8	-5.0	4.0	-2.0
50 a 59 anos	20.9	16.7	4.2	4.2	0.5	3.7	16.7	16.2
60 anos e +	12.1	8.0	4.1	0.8	0.0	0.8	11.3	8.0
AUTOCLASSIFICAÇÃO RACIAL								
Branco	36.9	45.2	-8.3	63.2	73.4	-10.2	-26.3	-28.2
Negro	63.1	54.8	8.3	36.8	26.6	10.2	26.3	28.2
RELIGIOSIDADE								
Não religioso	73.4	53.2	20.2	73.4	59.2	14.2	0.0	-6.0
Religioso	26.6	46.8	-20.2	26.6	40.8	-14.2	0.0	6.0
ESTADO CONJUGAL								
Solteiro	8.9	8.9	0.0	35.4	26.6	8.8	-26.5	-17.7
Casado/Unido	85.8	83.3	2.5	60.9	63.8	-2.9	24.9	19.5
Viuvo (a)	1.8	3.0	-1.2	0.3	1.8	-1.5	1.5	1.2
Separado (a)/Divorciado(a)	3.6	4.8	-1.2	3.4	7.8	-4.4	0.2	-3.0
NÚMERO DE PARCEIROS (ÚLTIMOS DOZE MESES)								
NS/NR	2.5	0.7	1.8	0.8	1.4	-0.6	1.7	-0.7
Uma pessoa	90.8	98.2	-7.4	65.7	89.9	-24.2	25.1	8.3
Mais de uma pessoa	6.7	1.1	5.6	33.4	8.7	24.7	-26.7	-7.6
USO DE PRESERVATIVO								
Sim	8.9	6.2	2.7	45.6	40.8	4.8	-36.7	-34.6
Não	91.1	93.8	-2.7	54.4	59.2	-4.8	36.7	34.6
TEM OU TEVE ALGUMA DST (NA VIDA)								
NS/NR	1.1	0.0	1.1	0.3	0.5	-0.2	0.8	-0.5
Sim	18.8	2.7	16.1	25.8	19.3	6.5	-7.0	-16.6
Não	80.1	97.3	-17.2	73.9	80.3	-6.4	6.2	17.0
PRÁTICA DE SEXO ANAL (COM PARCEIRO ESTÁVEL E/OU COM O ÚLTIMO PARCEIRO EVENTUAL EM DOZE MESES)								
Sim	3.2	2.3	0.9	28.6	17.9	10.7	-25.4	-15.6
Não	96.8	97.7	-0.9	71.4	82.1	-10.7	25.4	15.6
GRAU DE ESTIGMATIZAÇÃO DA AIDS EXPRESSO EM OPINIÕES E ATITUDES								
Nenhum Grau	0.4	1.6	-1.2	27.5	30.3	-2.8	-27.1	-28.7
Baixo Grau	19.1	33.1	-14.0	58.4	65.6	-7.2	-39.3	-32.5
Médio Grau	46.1	42.7	3.4	13.6	4.1	9.5	32.5	38.6
Alto Grau	34.4	22.6	11.8	0.6	0.0	0.6	33.8	22.6
INFORMAÇÕES ADEQUADAS SOBRE HIV/Aids								
Não respondeu	1.1	0.7	0.4	1.1	0.5	0.6	0.0	0.2
Desinformado	14.2	5.0	9.2	0.8	0.0	0.8	13.4	5.0
Pouco informado	50.4	44.5	5.9	26.6	13.8	12.8	23.8	30.7
Algo informado	33.3	48.6	-15.3	66.9	72.5	-5.6	-33.6	-23.9
Informado	1.1	1.1	0.0	4.5	13.3	-8.8	-3.4	-12.2
AUTOAVALIAÇÃO DO RISCO DE CONTRAIR HIV								
NS/NR	6.4	7.1	-0.7	0.3	1.8	-1.5	6.1	5.3
Nenhum risco	62.8	57.1	5.7	36.5	18.8	17.7	26.3	38.3
Baixo	22.7	23.7	-1.0	50.1	56.4	-6.3	-27.4	-32.7
Médio	4.6	8.2	-3.6	10.8	20.6	-9.8	-6.2	-12.4
Alto	3.5	3.9	-0.4	2.3	2.3	0.0	1.2	1.6
TESTE ANTI-HIV								
NS/NR	0.7	0.5	0.2	0.0	0.0	0.0	0.7	0.5
Sim	7.1	4.6	2.5	39.7	27.5	12.2	-32.6	-22.9
Não	92.2	95.0	-2.8	60.3	72.5	-12.2	31.9	22.5

TABELA 5.3: Distribuição de mulheres e homens, com vinte anos ou mais, “expostos com baixa capacidade de resposta” e “muito expostos com alta capacidade de resposta” segundo variáveis de interesse - Brasil, 1998 (conclusão)

Categorias	Expostos com baixa capacidade de resposta (%)			Muito expostos com alta capacidade de resposta (%)			Variação % entre os perfis =(expostos-muito expostos)	
	Homens (n=282)	Mulheres (n=438)	Variação (=H-M)	Homens (n=353)	Mulheres (n=218)	Variação (=H-M)	Homens	Mulheres
NÍVEL DE ESCOLARIDADE								
Analfabeto	20.2	16.2	4.0	0.0	0.5	-0.5	20.2	15.7
Lê e escreve	3.2	2.7	0.5	0.0	0.0	0.0	3.2	2.7
Fundamental incompleto	70.9	70.3	0.6	10.5	5.5	5.0	60.4	64.8
Fundamental completo	4.6	5.5	-0.9	16.7	9.2	7.5	-12.1	-3.7
Médio incompleto	0.4	1.4	-1.0	11.6	11.0	0.6	-11.2	-9.6
Médio completo	0.7	3.4	-2.7	33.7	43.6	-9.9	-33.0	-40.2
Superior incompleto	0.0	0.0	0.0	9.6	8.3	1.3	-9.6	-8.3
Superior completo	0.0	0.5	-0.5	17.8	22.0	-4.2	-17.8	-21.5
CLASSE ECONÔMICA								
A	0.0	0.2	-0.2	8.5	9.2	-0.7	-8.5	-9.0
B	0.4	1.4	-1.0	40.2	42.7	-2.5	-39.8	-41.3
C	11.3	17.4	-6.1	47.0	43.6	3.4	-35.7	-26.2
D	56.4	60.5	-4.1	4.2	4.6	-0.4	52.2	55.9
E	31.9	20.5	11.4	0.0	0.0	0.0	31.9	20.5
REGIÃO DE RESIDÊNCIA								
Centro-oeste estendido	31.6	32.2	-0.6	35.4	27.0	8.4	-3.8	5.2
Norte/Nordeste	40.8	38.6	2.2	22.1	21.0	1.1	18.7	17.6
Sul estendido	27.7	29.2	-1.5	42.5	51.9	-9.4	-14.8	-22.7

Fonte dos dados básicos: "Pesquisa sobre Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/AIDS" (Ministério da Saúde - SAS - PNDST/AIDS, 1998).

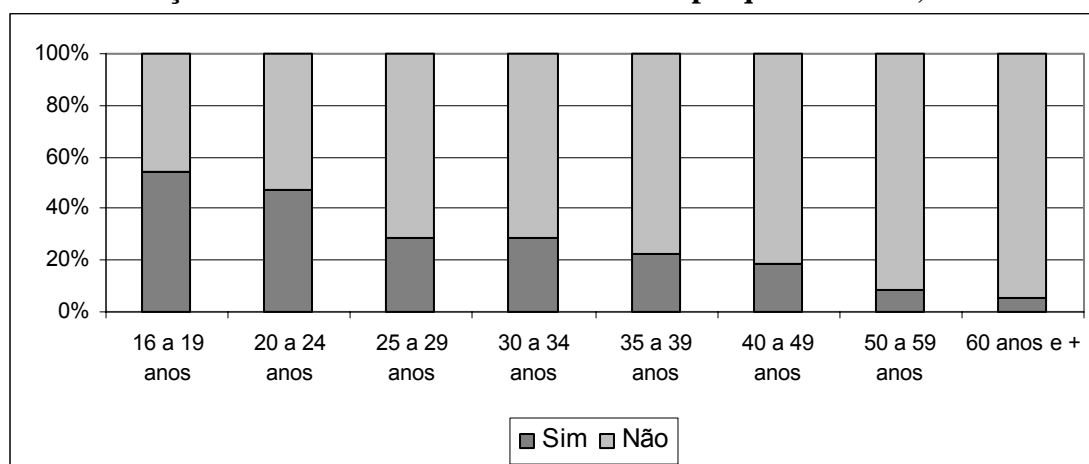
Observações: O Centro-oeste estendido inclui os estados da região Centro-oeste, Minas Gerais e Espírito Santo e, o Sul estendido, inclui os estados da região Sul, mais o Rio de Janeiro e São Paulo. Na escala da variável CLASSE, a categoria "A" indica a classe mais alta. Quanto à variável RELIGIOSIDADE, considerou-se como religioso o indivíduo cuja frequência a culto é pelo menos semanal.

Em comparação com os “muito expostos com alta capacidade de resposta”, o grupo de “expostos com baixa capacidade de resposta” apresenta um padrão etário mais envelhecido, com prática religiosa mais freqüente, maior presença de mulheres, de negros, de indivíduos casados e daqueles que tiveram apenas um parceiro nos doze meses que antecederam a pesquisa. Por outro lado, esse grupo apresenta a mais baixa freqüência do uso de preservativo, da prática de sexo anal e da ocorrência de DSTs em algum momento da vida.

Composição etária, número de parceiros e estado conjugal relacionam-se com a freqüência do uso do preservativo. Bem como já foi estabelecido em outros estudos (CEBRAP, 2000; CALAZANS et. al., 2005), os grupos populacionais mais jovens, particularmente os homens, aderem mais facilmente à adoção desse produto.

De fato, na observação do total da amostra estudada, verificou-se que a maior prevalência do uso do preservativo, por parte dos indivíduos que tiveram relações sexuais nos doze meses que antecederam a coleta dos dados, foi encontrada entre os grupos mais jovens (GRAF. 5.9).

GRÁFICO 5.9: Uso de preservativo, segundo faixa etária, pelos entrevistados que tiveram relações sexuais nos 12 meses anteriores à pesquisa - Brasil, 1998



Fonte dos dados básicos: “Pesquisa sobre Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/AIDS” (Ministério da Saúde - SAS - PNDST/AIDS, 1998).

Devido à alta proporção de indivíduos solteiros e dos que tiveram mais de um parceiro nos últimos doze meses entre os “muito expostos com alta capacidade de resposta” não surpreende que sejam eles os que mais aderem ao preservativo. Ademais, esse é um perfil com marcado predomínio de homens e essa também é uma explicação plausível para a maior utilização de preservativo nesse grupo pois, em última instância, o uso do preservativo é definido pelo homem.

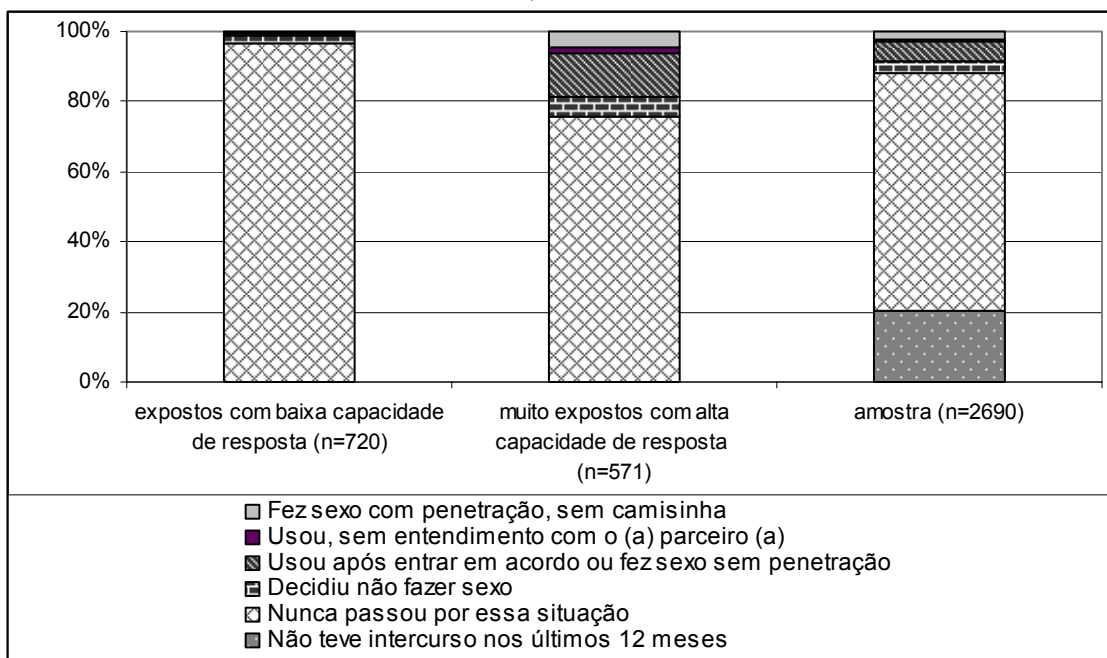
Analogamente, não surpreende a baixa prevalência do uso de preservativo entre os “expostos com baixa capacidade de resposta”, que predominantemente têm mais de 40 anos e vivem em união. Isso indica que, neste estudo, acorde com a literatura sobre o tema, a “estabilidade” da relação influencia no uso do preservativo. Sabe-se, por exemplo, que a probabilidade do uso é mais alta entre parceiros eventuais havendo ou não um parceiro principal (SANTELLI et. al., 1996; STURDEVANT et. al., 2001 entre outros).

Prosseguindo na comparação, tem-se que os indivíduos “expostos com baixa capacidade de resposta” têm mais baixo nível de escolaridade, de classe econômica e de informação sobre o HIV/AIDS. Além disso, Norte e Nordeste são as regiões com o maior predomínio de indivíduos desse perfil, o que se contrapõe ao perfil de “muito expostos com alta capacidade de resposta” cuja maior participação está na região Sul estendida. Essa observação chama a atenção ao fato de que a vulnerabilidade à infecção pelo HIV se relaciona com a vulnerabilidade em aspectos sociais mais amplos já que, conforme se

sabe, as regiões Norte e Nordeste concentram os mais baixos níveis de desenvolvimento social, econômico e demográfico do país. BARBOSA e SAWYER (2003) alertaram o fato de os municípios do Nordeste brasileiro associarem um alto grau de vulnerabilidade social a taxas crescentes de incidência da aids, o que, desprovido de uma intervenção eficiente, poderia levar a um agravamento da epidemia, nessa região, em um futuro próximo.

Outras informações sobre os “expostos com baixa capacidade de resposta” indicam que eles, majoritariamente, não foram testados para o HIV e nunca passaram pela situação de querer usar o preservativo com um parceiro que não o desejasse, o que pode se dever tanto ao fato de que eles sempre fizeram o uso do preservativo, de comum acordo, sem que houvesse necessidade de qualquer negociação a respeito, ou, o que parece mais plausível, tendo em vista a baixa prevalência do uso do preservativo nesse grupo, não desejaram usar o preservativo e, portanto, não tiveram de negociar o seu uso (GRAF. 5.10).

GRÁFICO 5.10: Atitude tomada ante a indisposição do parceiro em usar o preservativo por parte dos indivíduos de 20 a 65 anos aninhados nos perfis selecionados e na amostra total - Brasil, 1998



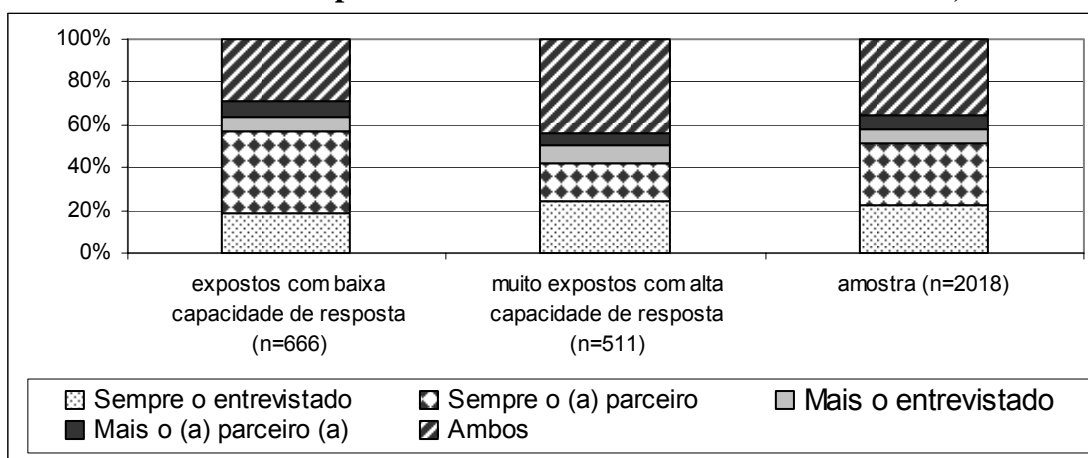
Fonte dos dados básicos: “Pesquisa sobre Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/AIDS” (Ministério da Saúde - SAS - PNDST/AIDS, 1998).

Embora a frequência da negociação seja baixa em ambos perfis, ressalta-se que ela é mais prevalente no perfil mais jovem, com maior proporção de solteiros, com maior informação sobre a epidemia e com uso mais consistente do preservativo. Além desses fatores, o exame das características das parcerias que os indivíduos estabelecem pode auxiliar a identificar elementos que facilitam ou dificultam essa estratégia de negociação e que se relacionam com o processo de vulnerabilidade/empoderamento de maneira geral.

A iniciativa das relações sexuais indica também o grau de comunicação e negociação sobre o sexo que se estabelece entre os parceiros. No Brasil, em contraposição com a França, por exemplo, estratégias de comunicação não verbal são as mais utilizadas para iniciar as relações (BOZON e HEILBORN, 2001). Em diversos países, culturalmente, a demonstração da disposição feminina para o sexo se dá por meio de gestos ou atitudes que não necessariamente passam pela comunicação verbal e que, ainda assim, podem ser entendidos como parte de um extenso repertório de práticas de negociação do qual as mulheres lançam mão em diferentes situações (MANE e AGGLETON, 1999).

Dentro da amostra estudada, a maioria dos entrevistados afirmou que, em sua parceria, o envolvimento sexual é iniciado por ambos. No entanto, quando se analisa a distribuição dos indivíduos entre os perfis de expostos, verifica-se que, naquele em que predominam as mulheres o maior destaque é das categorias que referem o parceiro como quem sempre, ou majoritariamente, toma a iniciativa do sexo (GRAF. 5.11).

GRÁFICO 5.11: Quem toma a iniciativa nas relações sexuais dos indivíduos de 20 a 65 anos aninhados nos perfis selecionados e na amostra total - Brasil, 1998



Fonte dos dados básicos: “Pesquisa sobre Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/AIDS” (Ministério da Saúde - SAS - PNDST/AIDS, 1998).

Além da diferença sugerida pela informação sobre a iniciativa sexual, no padrão de comportamento das mulheres e homens que compõem os perfis, é possível captar outras variações na comparação interna dos perfis, segundo o sexo do entrevistado.

Entre os “expostos com baixa capacidade de resposta”, as mulheres têm padrão etário ligeiramente mais jovem, com menor predominância da raça negra, maior religiosidade, menor frequência de ter tido mais de um parceiro nos doze meses anteriores à pesquisa, mais baixa ocorrência de DST em algum momento da vida e mais baixa frequência de sorotestagem. Além disso, as mulheres apresentam-se mais bem informadas sobre HIV/AIDS do que os homens e, provavelmente relacionado a isso, apresentam mais baixo grau de estigmatização da aids e se autopercebem em risco de infecção pelo HIV com mais intensidade do que os homens. Quanto à classificação econômica, embora ambos ocupem os pontos mais baixos da escala, as mulheres estão em posição ligeiramente mais favorável do que os homens.

Quando comparadas aos homens do seu perfil, as mulheres “muito expostas com alta capacidade de resposta” têm participação menos intensa de jovens de 16 a 19 anos e mais intensa de adultas de 40 a 49 anos. Elas são mais religiosas, têm menor participação da raça negra e de solteiras do que o grupo dos homens e, mais do que eles, tiveram apenas um parceiro nos últimos doze meses. Menos do que os homens, elas reportaram a prática de sexo anal e ter tido alguma DST ao longo da vida. Além disso, as mulheres têm menor grau de estigmatização da aids, estão mais bem informadas sobre o HIV/AIDS e, mais intensamente do que os homens do perfil, se autopercebem em risco de infecção. Os níveis de escolaridade e classificação econômica da mulher são ligeiramente superiores aos dos homens. A região Sul estendida concentra a maioria dos indivíduos do perfil, sendo a proporção de mulheres aninhadas nessa região maior do que a de homens. A situação inversa ocorre no Centro-oeste estendido.

De comum entre os dois perfis, tem-se que, comparativamente aos homens, as mulheres são mais religiosas, têm mais alta escolaridade, vêm de classe econômica ligeiramente superior, têm mais informações sobre o HIV/AIDS, mais intensamente se autopercebem em risco e têm mais baixo grau de estigmatização da aids.

Diferenças expressivas, entre os parceiros, tais como de raça, idade ou escolaridade, podem estar entre os elementos que influenciam o balanço de poder entre os pares e em comportamentos como a adoção de práticas sexuais mais seguras, o uso do preservativo, a persistência no desejo de usá-lo, mesmo em face de uma negativa do parceiro, ou a iniciativa das relações sexuais. Dessa forma, resgata-se a idéia, já referida no corpo desta tese, de que tanto o padrão de exposição ao risco, como a capacidade individual de resposta, são influenciadas por muitas dimensões, dentre as quais está o grau de semelhança entre os parceiros com respeito às características mencionadas.

Estudos indicam que, em uniões heterossexuais, o aumento da diferença etária, em favor do homem, diminui a probabilidade de uso do preservativo (FORD, SOHN e LEPKOWSKI, 2001; STURDEVANT et. al., 2001).

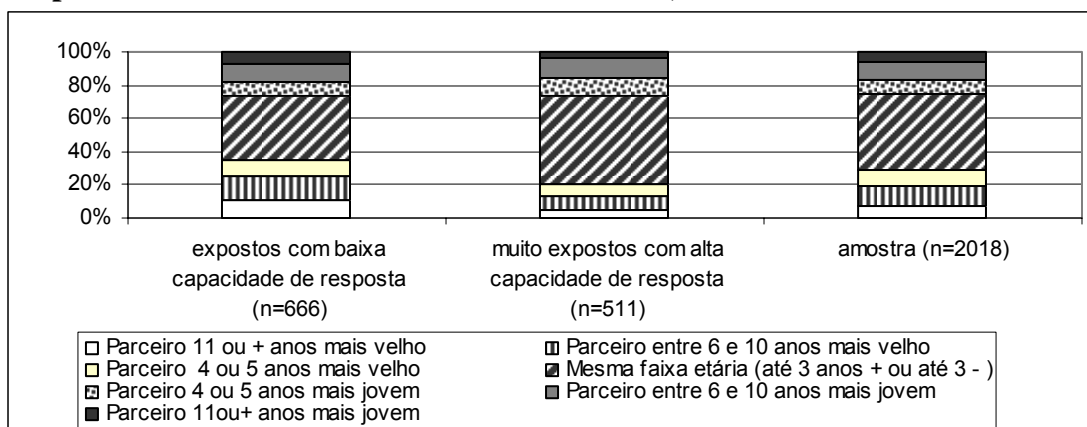
Com respeito à raça, sabe-se que, no Brasil, cerca de 80% do total de casamentos e uniões são endogâmicos, isto é, ocorrem entre pessoas do mesmo grupo racial. Ademais, entre os exogâmicos (ou seja, entre aqueles em que os cônjuges pertencem a grupos raciais distintos), que são mais recorrentes entre as camadas pobres, predomina o padrão que combina a mulher branca ao homem negro (PETRUCCELLI, 2000). Dentre as explicações para a preferência por esse padrão, quando a exogamia ocorre, destacam-se: a) a contingência demográfica, segundo o qual há um excesso de mulheres brancas no mercado matrimonial que concorrem pelos homens negros, obtendo maior êxito que as mulheres negras (BERQUÓ, 1988); b) o ideal de branqueamento que, internalizado por alguns homens negros, os motiva a eleger parceiras brancas, em detrimento das mulheres negras, buscando atingir um maior *status* social; c) a erotização da mulher negra que, tendo sua imagem vinculada ao prazer e não à família, é preterida no matrimônio (MOUTINHO, 2001). Pela soma desses fatores, pode-se aventar o menor poder de barganha de mulheres negras unidas interracialmente, o que comprometeria a sua capacidade de negociar ou de obter êxito na negociação de práticas sexuais mais seguras.

Buscou-se conhecer mais sobre como essas características da parceria se mostram nos indivíduos expostos que compõem os perfis de interesse. Os resultados, apresentados nos GRAFS. 5.12-14, foram construídos para o total de indivíduos, com mais de vinte

anos, da amostra que mantinham, à época da entrevista, relações sexuais com parceiro que considerassem estável (N=2018)³².

Com respeito à diferença etária, prevalecem parcerias da mesma faixa de idade. Sobre as demais categorias, como se esperaria, no perfil em que há predominância de mulheres, há maior expressão de parceiros mais velhos, não sendo desprezíveis as proporções das categorias que indicam mais de 6 anos de diferença.

GRÁFICO 5.12: Idade do entrevistado em relação ao seu/sua parceiro/a estável nos perfis selecionados e na amostra total - Brasil, 1998

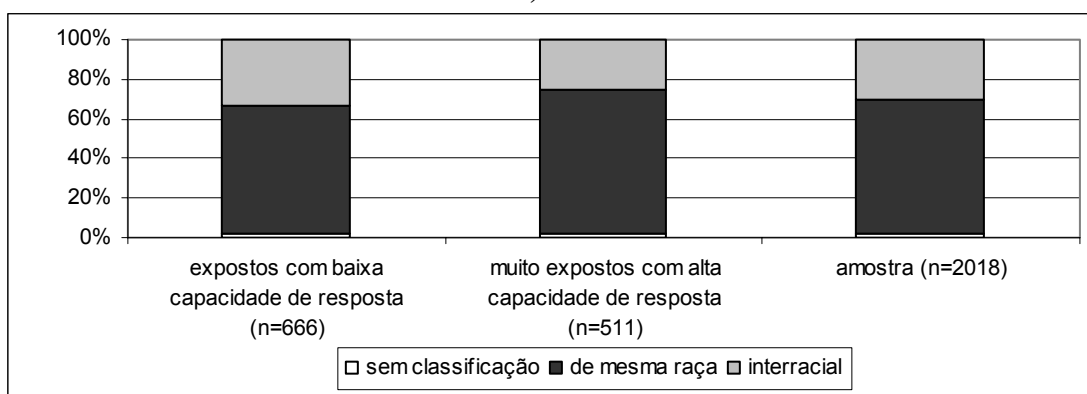


Fonte dos dados básicos: “Pesquisa sobre Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/AIDS” (Ministério da Saúde - SAS - PNDST/AIDS, 1998).

Quanto à composição racial das uniões, conforme se verifica, mais de 30% das uniões dos indivíduos do perfil de “expostos com baixa capacidade de resposta” são racialmente exogâmicas, sendo que o padrão mais prevalente é de mulheres negras com homens brancos.

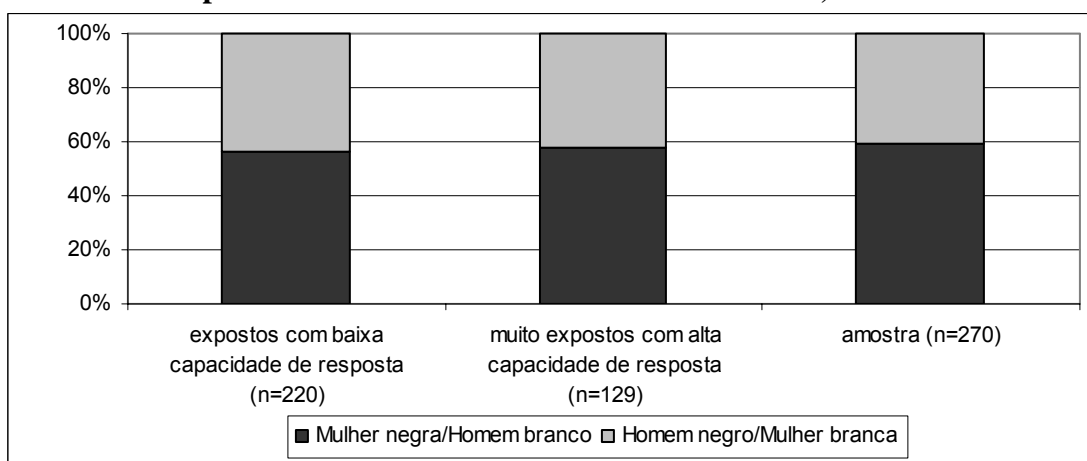
³² Conta-se com informações sobre os parceiros apenas para os indivíduos que tiveram alguma relação sexual nos últimos doze meses, ou seja, os expostos. Foram coletadas informações tanto sobre parceiros estáveis como, quando foi o caso, eventuais. As informações que foram utilizadas nesta análise dizem respeito apenas aos parceiros estáveis.

GRÁFICO 5.13: Composição racial das uniões estáveis dos indivíduos dos perfis selecionados e na amostra total - Brasil, 1998



Fonte dos dados básicos: “Pesquisa sobre Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/AIDS” (Ministério da Saúde - SAS - PNDST/AIDS, 1998).

GRÁFICO 5.14: Padrão de exogamia das uniões interraciais estáveis dos indivíduos dos perfis selecionados e na amostra total - Brasil, 1998



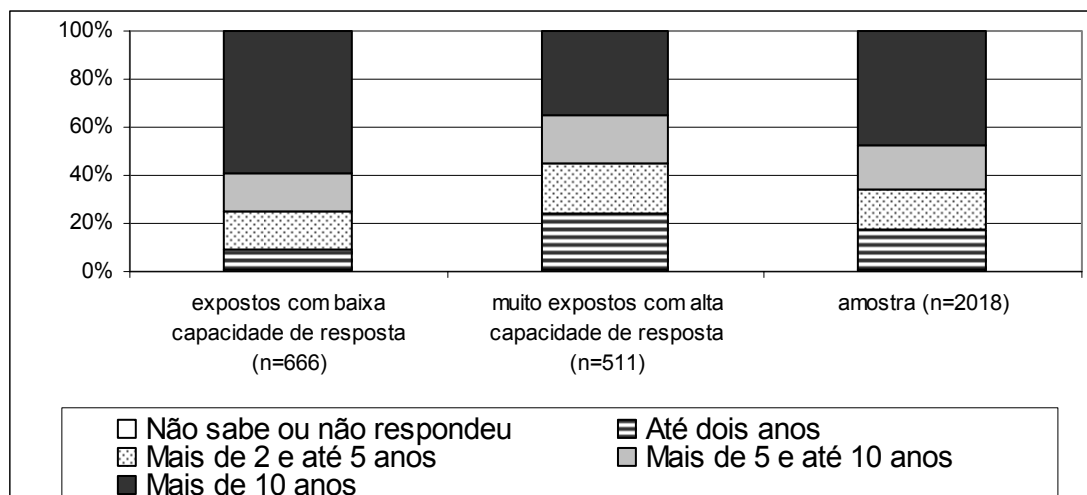
Fonte dos dados básicos: “Pesquisa sobre Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/AIDS” (Ministério da Saúde - SAS - PNDST/AIDS, 1998).

Tomando como verdadeira a proposição de que diferenças etárias e raciais, em relação ao parceiro, representam, em certa medida, entraves ao empoderamento feminino, a descrição das características das parcerias corrobora as demais constatações sobre o perfil “expostos com baixa capacidade de resposta” que lhe atribuem um alto grau de vulnerabilidade tendo em vista, fundamentalmente, a baixa capacidade de resposta desse grupo.

Além disso, confirmando o que já se entreviu pela associação da faixa etária dos indivíduos que compõem o perfil com o seu estado conjugal, a observação do tempo de duração da união mostra que, de fato, os “expostos com baixa capacidade de resposta”, que vivem em união, em sua maioria, estão com o seu parceiro(a) há mais de 10 anos.

Essa constatação reforça o que já se escreveu anteriormente sobre o como a estabilidade do relacionamento atua, de certa forma, como potencializador da vulnerabilidade à infecção (GRAF. 5.15).

GRÁFICO 5.15: Duração das uniões dos indivíduos nos perfis selecionados e na amostra total - Brasil, 1998



Fonte dos dados básicos: “Pesquisa sobre Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/AIDS” (Ministério da Saúde - SAS - PNDST/AIDS, 1998).

Em síntese, os principais resultados deste capítulo apontaram a existência de um grupo de baixa vulnerabilidade, composto pelas mulheres e homens “muito expostos com alta capacidade de resposta”; um grupo de alta vulnerabilidade à infecção pelo HIV, composto pelas mulheres e homens que compõem o perfil “expostos com baixa capacidade de resposta”; e, um grupo de jovens de 16 a 19 anos que ainda não iniciaram a sua vida sexual, nomeados “não expostos circunstanciais”.

De particular interesse para as políticas de prevenção são os jovens “não expostos circunstanciais” e as mulheres e homens “expostos com baixa capacidade de resposta”. A vulnerabilidade do primeiro grupo decorre de eles combinarem um estado de não exposição provisória (determinada por seu grupo etário) com o despreparo para se proteger contra os riscos de uma infecção. Conforme se expôs ao longo deste capítulo, dentro desse grupo, há que se preocupar, particularmente, com as meninas, já que é nesse grupo que a feminização da AIDS se faz notar de maneira mais explícita. Além disso, estratégias eficientes de prevenção, voltadas para essas jovens, podem produzir bons resultados, também, no que diz respeito à redução da fecundidade precoce.

Por sua vez, os “expostos com baixa capacidade de resposta”, além de representarem, numericamente, o grupo mais expressivo, caracterizam-se pela alta vulnerabilidade à infecção pelo HIV. Em consonância com o que se sabe sobre as tendências de infecção do país, esse grupo está composto, fundamentalmente, por mulheres e por indivíduos de baixo estrato social. Como se chamou a atenção ao longo deste capítulo, outra característica dos “expostos com baixa capacidade de resposta” é concentrar-se na região Nordeste. Somados, esses elementos corroboram as visões de que a vulnerabilidade ao HIV tem sido mais alta entre indivíduos socialmente mais vulneráveis seja essa condição determinada por elementos culturais, como as questões de gênero, ou estruturais, como a precariedade econômica que pode estar concentrada em determinadas áreas.

A tipologia construída foi eficiente em classificar os indivíduos segundo os seus graus de vulnerabilidade e permitiu identificar aqueles que devem ser prioritários para a ação de políticas de prevenção. No entanto, como se antecipou na introdução do quarto capítulo desta tese, a análise dos perfis criados apontou uma série de indagações tendo sido particularmente instigantes aquelas interrogantes que dizem respeito a alguns aspectos do comportamento das mulheres e homens expostos com baixa capacidade de resposta.

Por tal razão, no próximo capítulo, procura-se aprofundar em como dimensões tais como o uso de preservativo e a construção das noções de risco e percepção se configuram para o perfil de “expostos com baixa capacidade de resposta”. Essa busca será empreendida com base na associação de dados quantitativos e qualitativos que auxiliem na identificação de argumentos que expliquem ou ilustrem alguns dos resultados observados na caracterização do perfil. A expectativa é que a utilização de dados qualitativos auxilie na elucidação das seguintes questões: 1) Por que os elementos desse grupo não utilizam o preservativo?; 2) Quais os significados que atribuem ao preservativo?; 3) Quais os elementos que os levam a se autopercebem em baixo risco de infecção pelo HIV?; 4) Nas parcerias que estabelecem, qual é o espaço para a negociação das práticas sexuais e preventivas?

6. Adultos “expostos com baixa capacidade de resposta”: análise dos resultados quantitativos à luz de entrevistas baseadas em dados qualitativos

Como se apontou no capítulo 5, o perfil de “expostos com baixa capacidade de resposta” apresenta o mais alto grau de vulnerabilidade à infecção pelo HIV por via sexual dentre os perfis delineados. Neste capítulo, pretende-se aprofundar sobre as características que determinam o grau de vulnerabilidade desse perfil, diferenciando as mulheres e os homens, com base na resposta a um conjunto de variáveis que, embora não tenham sido incluídas na construção da tipologia, ajudam na elucidação sobre os comportamentos encontrados. Também com esse objetivo, são utilizados dados qualitativos, provenientes de entrevistas em profundidade realizadas com mulheres e homens residentes na Vila Barreirinhas, uma comunidade favelada de Belo Horizonte, que viviam em união marital heterossexual, civil ou consensual, quando da realização da entrevista. O processo de coleta desses dados está descrito no quarto capítulo desta tese, no item 4.2.

Neste ponto, é útil reforçar o alerta sobre a necessidade de se ler diferentemente os dados coletados pelas abordagens quantitativa e qualitativa. Como já se ressaltou anteriormente, a abordagem qualitativa não pretende, e nem oferece, a possibilidade de generalizar os resultados. Ao contrário, o que se pretende quando se utiliza dados coletados dessa forma é ampliar a reflexão sobre o significado de particularidades que não podem ser entendidas apenas pela utilização de dados coletados pela via quantitativa.

Como chamou a atenção GOLDANI (1997), algumas das particularidades que não podem ser adequadamente captadas em *surveys* individuais dizem respeito às questões de gênero e de distribuição de poder nas famílias e comunidades.

Essa limitação se fez sentir nesta tese pois, embora tenha sido utilizado um *survey* no qual houve a pretensão de captar as nuances do comportamento sexual, abrangendo o quanto possível as dinâmicas de gênero e poder das parcerias dos entrevistados, alguns dos resultados não puderam ser bem compreendidos com base nos dados utilizados.

Por essa razão, entende-se que os dados qualitativos que se utilizarão podem tornar mais claros alguns aspectos da vulnerabilidade dos “expostos com baixa capacidade de resposta” com mais de 20 anos de idade, tais como a baixa prevalência do uso de preservativo e a não realização de teste anti-HIV, apontando pistas para compreender a adoção desses comportamentos.

Além do alerta já feito sobre a necessidade de ler dados qualitativos e quantitativos diferentemente, tendo em vista as distinções quanto à possibilidade de generalização dos resultados, é necessário fazer considerações quanto à legitimidade da representação das falas dos entrevistados na Vila Barreirinhas para esclarecer o ponto de vista dos indivíduos que, na tipologia criada, aderiram ao perfil de “expostos com baixa capacidade de resposta”.

Neste trabalho, considera-se que essa representação é legítima tendo em vista a similaridade das características dos indivíduos em questão. Por um lado, os “expostos com baixa capacidade de resposta” são predominantemente casados ou unidos (84,3%) e têm baixas condições socioeconômicas (classes “D” e “E”). Por outro lado, todos entrevistados na Vila Barreirinhas são casados ou unidos e têm baixas condições socioeconômicas (residindo em uma comunidade favelada). Quanto ao grau de escolaridade, em ambos os grupos predominam os indivíduos com nível fundamental incompleto. No que diz respeito ao tipo de comportamento apresentado pelos “expostos com baixa capacidade de resposta”, sobre o qual se busca elucidar, os resultados da pesquisa com os entrevistados na Vila Barreirinhas (QUIROGA e MELO, 2005) apontam que esses indivíduos também se autopercebem em baixo risco de infecção, não utilizam o preservativo em suas relações sexuais, não foram testados para o HIV.

Dentre as diferenças entre os dois grupos, ressalta-se que os entrevistados da Vila Barreirinhas apresentam um padrão etário ligeiramente mais jovem. Além disso, os “expostos com baixa capacidade de resposta” estão distribuídos em todo o território nacional, residindo, primordialmente, nas regiões Norte/Nordeste. Pressupõe-se, contudo, que essas diferenças não são suficientes para invalidar o exercício que se realiza neste capítulo. Esse pressuposto se justifica: a) porque as diferenças encontradas em outras investigações, que dizem respeito à maior probabilidade de uso do preservativo entre os mais jovens, também apontam que em parcerias estáveis esse uso é

baixo mesmo entre os mais jovens (CALAZANS et. al., 2005); b) porque a predominância de indivíduos das regiões Norte/Nordeste entre os “expostos com baixa capacidade de resposta” pode ser resultante da maior vulnerabilidade social dessas regiões e, portanto, ser bem representada pela voz de indivíduos que vivem em localidades de alta vulnerabilidade social em outras regiões.

Tendo-se esclarecido as vantagens e limitações da complementariedade de métodos que se utilizou nesta tese, apresenta-se, nas seções 6.1 e 6.2, os resultados e reflexões que esse exercício produziu.

6.1. Visões sobre o preservativo, a união conjugal e a confiança

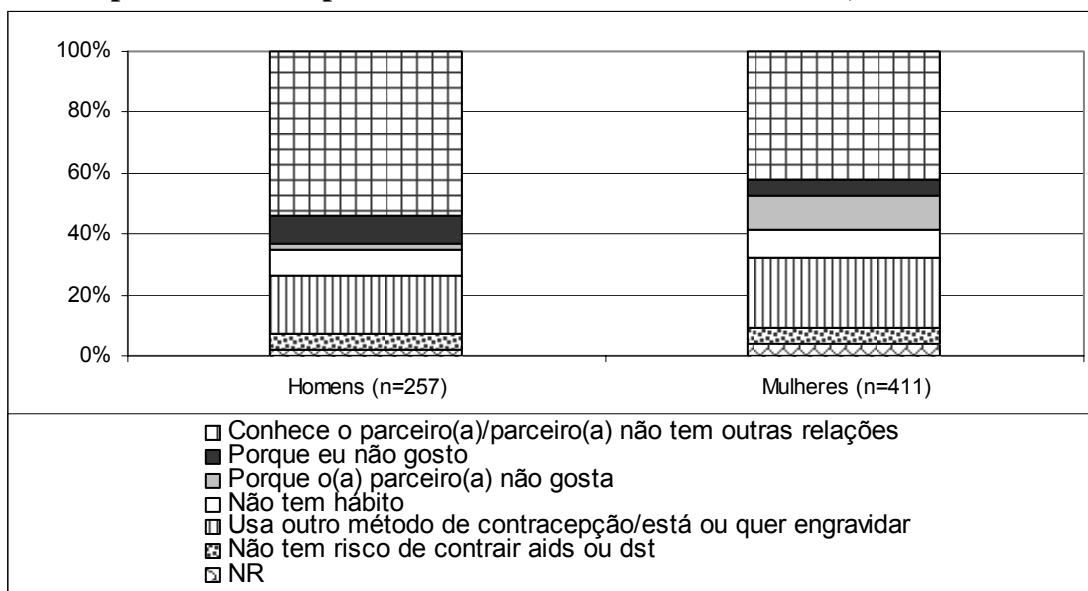
Como se viu anteriormente, entre os perfis que agregaram indivíduos expostos, os “expostos com baixa capacidade de resposta” apresentaram a mais baixa prevalência do uso do preservativo (7,5%). Na verdade, essa proporção pode ser considerada alta quando comparada aos dados da PNDS de 1996, que indicaram 4,3%³³ de prevalência entre mulheres em idade reprodutiva; no entanto, essa proporção pode ser considerada baixa quando se tem em conta que o preservativo ainda é o método mais eficaz no combate à infecção por DSTs variadas, inclusive a aids, e quando se associa esse resultado às demais características desse grupo e dos seus relacionamentos.

Quando interrogados sobre as razões pelas quais não utilizam o preservativo, esses entrevistados, principalmente os homens, afirmaram que conhecem o parceiro ou que o parceiro não tem relações com outras pessoas. Amplamente ressaltados pela literatura sobre o tema, argumentos que se pautam na confiança ou no fato de se “conhecer o parceiro” são freqüentes entre mulheres e homes. Neste caso, chama a atenção que essa argumentação seja mais freqüente entre os homens e pode-se pensar que uma das razões para tal seja a recorrente suposição de que a mulher é naturalmente fiel e, o homem, infiel. O segundo argumento mais referido tanto por mulheres como por homens é o fato de já estarem utilizando outro método de contracepção, ficando claro que o preservativo

³³ Essa comparação deve ser considerada com cautela, pois, na PNDS a variável se refere ao uso do preservativo como anticoncepcional e, na tipologia delineada, a variável é mais abrangente, incluindo tanto informação quanto ao uso do preservativo como contraceptivo como quanto ao uso com o(a) parceiro(a) fixo(a) e, quando é o caso, com o(a) parceiro(a) eventual.

seria adotado apenas como anticonceptivo. Finalmente, observa-se que, freqüentemente, há o entendimento de que o sexo com preservativo é menos agradável para os homens, fato que foi apontado por mulheres e homens para a não utilização do método.

GRÁFICO 6.1: Razões para o não uso do preservativo entre os “expostos com baixa capacidade de resposta” com mais de vinte anos – Brasil, 1998



Fonte dos dados básicos: “Pesquisa sobre Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/AIDS” (Ministério da Saúde - SAS - PNDST/AIDS, 1998).

Os resultados encontrados não chegam a surpreender pois já foram apontados amplamente pela literatura sobre o tema e parecem ser produto dos muitos significados que se atribui ao preservativo. Como bem colocam HOLLAND et.al. (1991, apud LEAR, 1995), os preservativos não são objetos neutros sobre os quais os indivíduos tomam a decisão mais racional possível pensando em sua saúde, ao contrário, eles carregam um forte componente simbólico que intervém em esferas variadas do relacionamento do casal.

Os resultados da TAB. 6.1 sugerem que mulheres e homens do perfil de “expostos com baixa capacidade de resposta” se constroem com a solicitação de opinar a respeito de algumas afirmativas recorrentes sobre o preservativo. Ao menos é isso o que parecem indicar as altas proporções de não resposta por parte de entrevistados de ambos os sexos.

Entre os que opinaram sobre as afirmativas, mulheres e homens revelaram tendências semelhantes de valoração do preservativo, isto é, ambos os sexos enfatizaram que o

produto aponta suspeitas sobre a saúde e o comportamento dos parceiros (as), além de prejudicar o romance, o desejo e o prazer do sexo, comprometendo, explicitamente, o conforto e o prazer masculino. Dentre os aspectos positivos associados ao uso de preservativo estão a sua associação com uma medida de higiene e o fato de ele ser eficiente como método de prevenção contra a aids (TAB.6.1).

Embora tendam ao mesmo tipo de valoração sobre a camisinha, chama a atenção a diferença entre mulheres e homens no que diz respeito à intensidade com que aderem a certas categorias. Por um lado, os homens, mais do que as mulheres, reafirmam concepções, segundo as quais, o preservativo inibe o desejo, o prazer e o romance do sexo e desperta suspeitas sobre a saúde e o comportamento do parceiro(a). Por outro lado, as mulheres referem, com maior intensidade, benefícios que o uso da camisinha proporciona em termos de higiene e saúde.

TABELA 6.1: Opiniões dos expostos com baixa capacidade de resposta, com mais de vinte anos, sobre a camisinha - Brasil, 1998

Categories	Homens (n=282)	Mulheres (n=438)	Variation (=H-M)
Camisinha tira o romantismo do sexo			
Concorda completamente	37.2	32.0	5.2
Concorda em parte	14.2	10.7	3.5
Discorda em parte	7.4	4.1	3.3
Discorda completamente	15.20	19.4	-4.2
NS/NSA	25.90	33.8	-7.9
Colocar camisinha pode ajudar a aumentar o tesão			
Concorda completamente	8.5	5.7	2.8
Concorda em parte	6.4	7.8	-1.4
Discorda em parte	11.7	6.4	5.3
Discorda completamente	44.3	39.3	5.0
NS/NSA	29.1	40.9	-11.8
Camisinha desperta suspeita sobre o comportamento dos(as) parceiros(as)			
Concorda completamente	31.2	28.3	2.9
Concorda em parte	19.5	15.1	4.4
Discorda em parte	8.2	4.8	3.4
Discorda completamente	19.1	23.7	-4.6
NS/NSA	22.0	28.1	-6.1
Camisinha desperta suspeita sobre a saúde dos(as) parceiros(as)			
Concorda completamente	36.2	31.3	4.9
Concorda em parte	18.4	15.8	2.6
Discorda em parte	7.4	5.3	2.1
Discorda completamente	15.2	23.5	-8.3
NS/NSA	22.7	24.2	-1.5
Camisinha pode tirar o prazer dos homens			
Concorda completamente	33.0	21.5	11.5
Concorda em parte	14.5	12.8	1.7
Discorda em parte	10.6	3.9	6.7
Discorda completamente	15.6	23.1	-7.5
NS/NSA	26.2	38.8	-12.6
Camisinha não deixa você sentir o corpo da outra pessoa			
Concorda completamente	39.0	27.9	11.1
Concorda em parte	11.7	14.4	-2.7
Discorda em parte	7.8	4.1	3.7
Discorda completamente	14.5	17.8	-3.3
NS/NSA	27.0	35.8	-8.8
Camisinha permite que você aumente o prazer na relação			
Concorda completamente	10.6	6.2	4.4
Concorda em parte	6.0	5.7	0.3
Discorda em parte	12.1	8.2	3.9
Discorda completamente	42.6	37.7	4.9
NS/NSA	28.7	42.2	-13.5
A camisinha é cara demais para se usar sempre			
Concorda completamente	13.8	12.1	1.7
Concorda em parte	9.6	5.3	4.3
Discorda em parte	7.8	5.9	1.9
Discorda completamente	40.8	44.3	-3.5
NS/NSA	28.0	32.4	-4.4
Camisinha são desagradáveis, mas deve-se usá-las para evitar a AIDS			
Concorda completamente	69.5	79.7	-10.2
Concorda em parte	9.9	10.3	-0.4
Discorda em parte	1.8	0.7	1.1
Discorda completamente	1.4	1.4	0.0
NS/NSA	17.4	9.4	8.0
Camisinha são mais higiênicas			
Concorda completamente	59.9	72.1	-12.2
Concorda em parte	12.1	9.4	2.7
Discorda em parte	3.2	1.1	2.1
Discorda completamente	3.5	2.1	1.4
NS/NSA	21.3	15.3	6.0
Camisinha são desconfortáveis porque apertam o pênis			
Concorda completamente	35.8	21.2	14.6
Concorda em parte	7.1	9.4	-2.3
Discorda em parte	9.9	3.9	6.0
Discorda completamente	13.5	10.0	3.5
NS/NSA	33.7	55.5	-21.8
Camisinha pode tirar o prazer das mulheres			
Concorda completamente	25.5	23.5	2.0
Concorda em parte	12.1	11.0	1.1
Discorda em parte	10.6	5.3	5.3
Discorda completamente	16.3	20.8	-4.5
NS/NSA	35.5	39.5	-4.0
Camisinha tira o tesão			
Concorda completamente	27.7	20.5	7.2
Concorda em parte	8.2	10.0	-1.8
Discorda em parte	11.7	5.5	6.2
Discorda completamente	22.7	22.4	0.3
NS/NSA	29.8	41.6	-11.8

Fonte dos dados básicos: "Pesquisa sobre Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/AIDS" (Ministério da Saúde - SAS - PNDST/AIDS, 1998).

Esses resultados instigam o questionamento sobre a natureza das diferenças encontradas entre mulheres e homens. Contudo, com base nos dados do *survey* que se utilizou, não é possível concluir a esse respeito. Na busca de maior elucidação sobre esse aspecto, recorreu-se à voz das mulheres e homens entrevistados na Vila Barreirinhas.

De maneira geral, as mulheres e homens entrevistados na Vila Barreirinhas replicaram as opiniões e argumentos dos indivíduos do perfil de “expostos com baixa capacidade de resposta” com respeito ao uso e não uso de preservativo. Conforme se verifica nos exertos apresentados³⁴ a seguir:

“Ah, tipo assim, eu não sei te explicar, não é assim aquela... não fica aquela coisa assim: de pele com pele, fica plástico com a pele, você sente, né? É diferente, não é legal não” (Érica, 34 anos).

“(…) [o marido, em relação ao uso da camisinha] só falava que não gostava. *Nunca falou porque? Não. E você, gostava? Também não. Por que? Ah, sei lá. Eu acho assim: a gente não sentia prazer, era ruim. Eu não quero nem explicar, mas era horrível, eu não gosto de usar*” (Carla, 28 anos).

“Ah, cara, eu não, eu não gostei não, não foi legal, foi diferente, eu achei meio estranho. É eu, particularmente, que não gostei não. Por exemplo, pára, coloca, aí, na hora que vai fazer, a camisinha fica saindo fora, você fica inseguro, parece que vai sair. Não achei legal não, entendeu?” (Zé Arigó, 34 anos)

“Eu, na minha opinião, eu, particularmente, não gosto de camisinha. Eu sei que ela é uma coisa boa, mas pela confiança que eu tenho na minha parceira, aí já me deixa mais tranqüilo. A camisinha... *O que que você não gosta na camisinha?* Ah, eu não sei te explicar não. [Risos entrevistador] Eu acho esquisito, eu acho muito esquisito. Eu não me sinto bem com ela” (Chico, 26 anos).

Não existem diferenças marcantes nas percepções de mulheres e homens quanto ao não uso da camisinha associado à perda de prazer ou contato com o parceiro durante a relação. Não obstante, os homens parecem explicar os inconvenientes da camisinha com maior riqueza de detalhes. De maneira geral as mulheres parecem não gostar do

³⁴ Nos exertos das transcrições, as intervenções do(a) entrevistador(a) aparecem em itálicas. Entre colchetes foram incluídas informações que se considerou necessárias para o entendimento do contexto da entrevista. Reticências entre parênteses substituem trechos da entrevista que não se considerou relevantes para exemplificar o que se pretende.

preservativo, mas não se aprofundam a respeito, preferindo, assim como Carla, nem explicar o fato. Nas falas dos homens são recorrentes as menções ao desconforto, à insegurança, à necessidade de interromper o ato sexual para colocar o preservativo e à sensação de que a camisinha pode sair. A diferença no tipo de declaração dado por mulheres e homens pode estar associada ao fato de que são os homens aqueles que efetivamente usam o preservativo³⁵.

A fala de Chico, anteriormente apresentada, relata uma sensação algo inexplicável e esquisita, provocada pelo uso da camisinha. Além disso, Chico introduz o argumento que permeia a maioria das percepções dos entrevistados no que se refere ao risco de contrair alguma DST e à sua prevenção: a confiança entre parceiros.

A confiança no parceiro é, indiscutivelmente, integrante desejável e necessária em um vínculo afetivo; porém, essa categoria parece ser freqüentemente sobreestimada como forma de prevenção contra DSTs e aids. A literatura sobre AIDS está recheada de estudos, fundamentalmente de abordagem qualitativa, que corroboram essa proposição (entre outros, GUIMARÃES, 1996a; 1996b). As informações oferecidas pelos integrantes do perfil de “expostos com baixa capacidade de resposta” também revelam o sobredimensionamento dessa categoria, que foi apontada pela maioria deles (40% dentre aqueles com 20 anos ou mais) como justificativa para o não uso do preservativo (GRAF. 6.1).

Pensando especificamente sobre os “expostos com baixa capacidade de resposta”, recorda-se que eles são majoritariamente casados ou unidos (84,3% dentre os seus integrantes com 20 anos ou mais). Tendo em vista a literatura sobre o tema, que ressalta a menor propensão ao uso de preservativo em parcerias estáveis (CALAZANS et. al., 2005), cabe averiguar sobre as particularidades que o argumento da confiança assume nessas uniões. Embora o *survey* utilizado não forneça informações sobre a perspectiva desses indivíduos sobre possíveis variações no uso de preservativo, segundo o tipo de vínculo estabelecido, as entrevistas realizadas na Vila Barreirinhas permitem alguma elucidação a respeito.

³⁵ Alguns entrevistados da Vila Barreirinhas já tinham visto a camisinha feminina, mas nenhuma mulher ou homem entrevistado afirmou já ter experimentado o seu uso. Portanto, suas falas sobre preservativos dizem respeito, exclusivamente, ao preservativo masculino.

“Você acha que tem alguma situação em que é preciso usar camisinha?”

Não, não há situação. Eu acho que, igual eu falo, né? Se você confia na sua própria esposa, e se você apanha com ela a confiança, é um fator positivo, né? Que o ser humano pode ter um com o outro, né? E não há tanta necessidade...

Mas, e no namoro, por exemplo?

O namoro se trata de um pré-relacionamento com a pessoa. Você não tem conhecimento com aquela pessoa, principalmente na parte íntima dela, né? Então, se ao tocar na pessoa, se, no caso, a pessoa, ou o constrangimento da pessoa, falar assim: ‘ah, não!’. Eu não vou nem perguntar se vai ou não. Eu acho que isso vai, mentalmente, do próprio homem usar, né? A mulher querendo ou não, né? Se ela gosta ou não, né? Porque seria até um diálogo pro casal, pra os dois até mesmo se conhecer melhor, né?” Guilherme (36 anos)

Guilherme distingue as fases do pré-relacionamento (o namoro) e do relacionamento em si (o casamento). Na primeira fase, fica explícito o seu entendimento de que a decisão sobre o uso do preservativo cabe ao homem, independentemente da vontade ou preferência da mulher. Quando casados, contudo, a confiança entre os parceiros substitui o uso do preservativo.

Não fica evidente, contudo, o tipo de diálogo que o processo de conhecimento mútuo envolve e, de maneira geral, isso se mantém nas outras entrevistas. Será que esse conhecer implica no diálogo sobre estratégias de prevenção contra DSTs, por exemplo? Não é o que as entrevistas realizadas na Vila Barreirinhas indicam, como fica claro pela fala de Marcos (40 anos):

“Não tem nada a ver. Essa que eu convivi mesmo com ela lá nove anos [no momento da entrevista vivia em união com outra pessoa, a menos de um ano], nunca me falou desse negócio de camisinha. Nunca, nunca, nunca. E nunca me perguntou também se eu tinha isso, se eu tinha aquilo. Você tá entendendo? E eu nunca também perguntei à ela se ela tinha isso, se ela tinha aquilo, nunca perguntei. Por que? Através de que? Através da confiança de uns aos outros, dos dois. Que você tem que ter confiança naquela pessoa que está ao seu lado todo o dia, dia e noite, é pra sair pra trabalhar, é pra sair pra pescar, é pra sair pra pegar uma lenha, é pra sair pra fazer alguma coisa. Você tá entendendo? Então você tem que ter confiança, porque se você não tiver confiança, você vai confiar em quê? Então o negócio tem que ser esse, depois que casar, é outras coisas. Confiam uns aos outros mesmo? Tá sendo fiel uns aos outros mesmo? Pra que usar se não precisa?”

Estar lado a lado diariamente, trabalhar juntos, divertir-se juntos, enfim, a construção do companheirismo entre os parceiros é o que parece definir o estabelecimento do vínculo de confiança, que é pressuposto pelo casamento. Para Marcos, essa confiança é garantia suficiente de que não é preciso fazer perguntas sobre elementos concretos que definem a exposição ao risco de uma DST. De fato, o que sua fala deixa entrever é que um questionamento a esse respeito prejudicaria a cumplicidade estabelecida entre os parceiros inserindo a desconfiança e a suspeita sobre a (in)fidelidade.

Quando indagados sobre o uso de preservativo entre pessoas casadas, os comentários dos entrevistados revelaram que ele é considerado pertinente em duas situações específicas: quando a camisinha é o método contraceptivo adotado, ou quando não há confiança entre os cônjuges.

“Ó, na minha opinião sobre isso, um casal, se ele não tem confiança um pelo outro, eu acho que é um excelente método a camisinha. O melhor de todos, até do que o anticoncepcional. Porque, além de evitar a gravidez, evita as doenças, né?” (Chico, 26 anos).

“Oh, igual, tem muitas pessoas que tem, além de ter o marido, tem outra pessoa, então eu acho que ali tem que usar. Se ela vai com outra pessoa e ele tem aquela doença e passa pra ela e passa pro marido e aí vai. Aí tem que se conscientizar. Porque tem gente que não tá nem aí, ‘ah se eu pegar eu passo pra ele, porque é bom...’ Tem gente que é sujo. Aí eu acho que tem que pensar muito: ou não vai ou então usa” (Márcia, 33 anos).

“Eu acho pra, são as opções, assim, se a menina não confiar no cara, ela tem que forçar ele e pedir ele pra usar, e não falar que não confia nele. Às vezes o cara sai, ela não sabe o que que ele tá fazendo. Mas eu acho que, no caso, se for de confiança, se não for caso de ter menino, se ela prefere tomar remédio, ou ela ligar as trompas, eu acho que não precisa de usar isso não. Se ela tiver confiança, se você tiver confiança nela, eu acho que não precisa não” (Tony, 27 anos)

Observa-se que em suas reflexões sobre a (des)confiança, os entrevistados não mais se referem ao desconforto causado pelo preservativo. Nesse contexto, a idéia que emerge com mais intensidade é a do risco de se expor, ou ao companheiro, à infecção por uma DST e, assim, o uso do preservativo é considerado essencial entre os parceiros estáveis ou, como mencionou Márcia, com o parceiro eventual.

Muitos entrevistados se apressaram em esclarecer que a desconfiança não fazia parte de sua união e, portanto, que suas considerações acerca da possibilidade de infidelidade por parte de um dos cônjuges, não diziam respeito a si próprios. A preocupação em fazer esse esclarecimento foi particularmente forte entre aqueles que usam a camisinha como método anticoncepcional, tendo sido referida por todos eles (7 casos).

“E quando as pessoas são casadas, você acha que tem alguma situação em que elas têm que usar?” Eu acho que no caso de prevenir, de prevenir uma gravidez indesejada por que o casal... hoje tem muita gente que, tem muito casal que não é honesto, o homem ou a mulher, tem um que trai, sempre tem um que trai. Às vezes tem relacionamento em que isso acontece. Eu acho que o preservativo devia ser usado só mesmo para prevenir a gravidez, mas como tem pessoas que não são honestas com o casal... se o casal não tem aquela honestidade, então tem que se usar. *Eles teriam que usar camisinha?* Eu acho que sim. No meu caso, assim, se ela estivesse tomando comprimido anticoncepcional eu não usaria preservativo” (Julio, 38 anos).

Assim como Julio, todos os entrevistados da Vila Barreirinhas se referiram a parcerias em que a fidelidade não é rigorosamente seguida por um cônjuge, ou por ambos. No entanto, de maneira geral, os entrevistados não concebem que a sua união possa ser uma delas.

Uma proposta de uso do preservativo por parte de um dos parceiros colocaria em risco essa percepção, colocando as uniões dos indivíduos no rol daquelas em que há lugar para a desconfiança.

“E se a sua esposa dissesse que à partir de agora só quer fazer sexo com você de camisinha, o que que você pensaria?”

Eu condeno. Porque não há necessidade disso, para ela fazer isso, ela tem que estar suspeitando de mim. Ela tá suspeitando que eu tenho alguma mulher rua, aí eu vou condenar, eu vou começar a perguntar a ela porque que é isso. Não vou aceitar porque eu não faço nada na rua, até mesmo ela sabe.

Nem se fosse uma vez só?

Nem se fosse uma vez só. Eu ia perguntar porquê, eu queria saber porquê. Ai eu já ia ficar com a pulga atrás da orelha, né? Que eu não dei motivo pra isso acontecer” (Alberto, 38 anos).

O conceito epidemiológico de invulnerabilidade única é particularmente útil para entender a percepção dos entrevistados de que eles não serão traídos. De acordo com esse conceito, em face da existência do risco de experimentar algum evento negativo, os indivíduos tendem a achar que não serão os atingidos (DEW e HENLEY, 1999).

Entre os entrevistados da Vila Barreirinhas, a percepção de invulnerabilidade única ao risco de uma infidelidade por parte do parceiro, foi particularmente verdadeira entre os homens.

André resumiu de maneira enfática a percepção da maioria dos homens entrevistados a respeito de suas companheiras:

“(...) eu boto a minha mão no fogo por ela, boto as minhas duas mãos no fogo” (André, 25 anos).

Entre as mulheres, embora predominem percepções semelhantes às de André, aparecem, com maior frequência do que entre os homens, margens para a dúvida sobre o comportamento do parceiro. Nas palavras de Melissa (26 anos):

“[Refletindo acerca da (im)possibilidade de infidelidade em sua união] Quer dizer, a gente não sabe o que pode acontecer com a gente, que a gente não sabe o dia de amanhã, né? Mas, assim, no momento, no momento não. Não de minha parte, né? Eu falo por mim. Agora, dele é que eu não sei, né? Dele, assim, noventa por cento, mas tem dez por cento que pode acontecer, no caso, né?”.

Algum grau de dúvida sobre o comportamento do parceiro foi referido por diversas entrevistadas. A fala de Melissa, porém, chama a atenção pela tentativa de estabelecer uma proporção sobre o grau de confiança depositado no parceiro, já que essa terminologia não foi sugerida pelo roteiro ou utilizada na condução da entrevista. Esse recurso também foi utilizado por Clarice (33 anos):

“Olha, pra falar a verdade, mulher nunca pode confiar no homem que vive com ela, eu não confio. Eu antigamente confiava, assim, cem por cento. (...) Mas eu não confio mais, eu confio cinquenta por cento”.

De acordo com HOUAISS (2002), um dos significados do substantivo confiança refere-se à “crença na sinceridade afetiva de outrem, que torna incompatível imaginar um deslize, uma traição, uma demonstração de incompetência de sua parte”. Confiança significa, também, “sentimento de respeito, concórdia, segurança mútua”.

Contrapostas aos significados mencionados, as falas das mulheres entrevistadas parecem revelar um processo de resignificação do termo. Essa resignificação lhe introduz um matiz que permite relativizar a crença na sinceridade afetiva do parceiro e na segurança mútua oferecida pela parceria.

Por um lado, esse processo pode não ser novo, sendo apenas um reflexo da naturalização da infidelidade masculina sobre a qual diversos estudos comentam (NASCIMENTO, [S.d]; GUERRIERO, AYRES e HEARST, 2002) e que, de alguma maneira, leva as mulheres a uma consideração dupla sobre o seu risco de infecção (o risco que advém de seu comportamento e aquele que decorre do comportamento do parceiro).

“Eu falo: ‘olha, abre o olho, se você tiver fazendo alguma coisa aí por fora abre o olho, você é casado, tem esposa, tem filho, né?’ Aí eu falo, eu converso muito com ele sobre esses negócios assim. *E aí, você fala o quê nesse ‘abrir o olho’?* É pegar mulher aí fora, né, porque homem não é muito confiável. *Você considera que se previne contra a aids?* Olha, eu não uso camisinha não, ele nem usa camisinha. É, ele não usa não, dentro de casa pelo menos não. Mas eu acho, sei lá, eu acho que... Se depender de mim, eu não corro o risco de pegar não, sabe. Agora, eu não sei a parte dele, né?” (Ana, 31 anos).

Por outro lado, ou, somando-se à proposição anterior, levada ao âmbito do HIV/AIDS, pode ser que essa relativização advenha de um exercício de avaliação do próprio risco de infecção pelo HIV, considerando as informações de que se dispõe sobre a epidemia.

“(...) a gente que é casada, assim, a gente não pode muito confiar. Mas, mesmo assim, eu confio que o meu marido... que ele não tem outras coisas fora, porque a gente conversa muito sobre as coisas, sabe? Então, assim, não me previno agora mais com nada, (...) só com segurança na minha ligadura de que eu não vou ter mais filhos. Só nisso. Assim, às vezes eu acho até errado porque a gente nunca sabe, porque a maioria das doenças que as mulheres tem, de aids, assim, é mais confiando no marido, mas não deve ser assim, né? Eu não sei se é um erro meu (...) *Você considera ter algum risco de pegar aids?* Ah, eu

considero sim porque é igual eu te falei: nesse caso ai de eu não usar nada, só confiando na ligadura e às vezes confiando nele, eu corro o risco sim.” (Carla, 28 anos).

O redimensionamento da categoria confiança pode estar relacionado, também, ao aumento da variedade de dimensões que os entrevistados(as) enfatizam na construção das noções de risco e prevenção. Na análise dessa proposição, buscou-se resgatar os relatos de mulheres e homens, tentando precisar as diferenças entre eles.

A comparação realizada permitiu observar que, em relação aos homens, as mulheres entrevistadas apontam maior variedade de categorias quando indagadas a respeito de sua autopercepção de risco e adoção de prevenção. Para eles, a dimensão central, e muitas vezes única, é a confiança. Entre as mulheres, além dessa dimensão, praticamente todas elas mencionam o cuidado que têm com objetos perfuro-cortantes, seja em manicures ou em visitas médico-odontológicas.

“Igual... eu tenho muito medo dessa parte de doença, morro de medo dessa parte de doença, quando eu vou em dentista eu olho se eles estão esterilizando os aparelhos e quando vou tomar uma injeção também, então eu preocupo muito com isso. (...) Se a pessoa for fazer uma unha no salão e eles cortarem ali, contaminar, sujou do sangue de alguém, e fizer a sua unha e cortar também, né? Então eu acho que o certo mesmo é você procurar fazer unha com pessoa que não tira bife” (Clarice, 33 anos).

Em menor grau, o uso de drogas injetáveis e a transfusão de sangue foram referidos por mulheres e homens:

“(...) não quero saber de troca de parceiro, não mexo com droga nenhuma graças a Deus, minhas veias são todas limpinhas, olha aí [mostra a parte interna dos braços]” (Letícia, 33 anos).

“Você acha que você tem algum risco de pegar aids?”

Se eu tivesse um relacionamento fora do casamento, eu creio que eu teria esse risco sim. Se eu não tenho, só se um dia eu fosse fazer uma transfusão de sangue ou se um dia eu fosse usar uma droga injetável. Como eu não creio que eu vou precisar de fazer uma transfusão de sangue e não vou ter necessidade nenhuma de usar droga injetável, e a aids não vem pelo ar, eu creio que não tenho esse risco não” (Jaime, 38 anos).

A religiosidade permeia a avaliação da autopercepção de risco, e as percepções sobre a prevenção, tanto entre as mulheres como entre os homens evangélicos. A doutrina religiosa não introduz novos elementos à construção pessoal do risco e da prevenção, mas justifica padrões de conduta relacionados aos elementos mencionados pelos entrevistados.

“Você acha que se previne, de alguma maneira, contra a aids?”

É, o que previne mesmo contra a aids é estar na obediência na palavra de Deus, aí não tem como. Porque ele [o homem] jamais vai trair a mulher dele, ele não vai ter coragem para trair a mulher dele pensando na palavra do Senhor, de maneira nenhuma” (Pedro, 39 anos).

Em síntese, assim como os indivíduos do perfil de “expostos com baixa capacidade de resposta”, as mulheres e homens entrevistados na Vila Barreirinhas consideram não ter, ou ter baixo risco, de infecção pelo HIV.

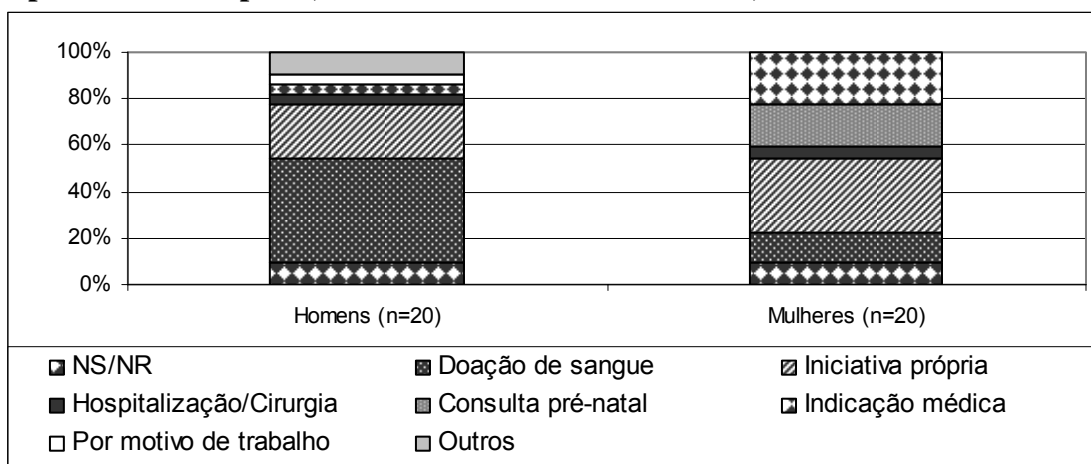
No *survey* utilizado não se investigou sobre os elementos que compõem a construção da percepção dos entrevistados, mas verificou-se que as mulheres se autopercebem em risco com mais intensidade do que os homens (TAB. 5.3). Nas entrevistas realizadas na Vila Barreirinhas, por outro lado, buscou-se conhecer os elementos que integram as categorias risco e prevenção no entendimento dos entrevistados. Assim como no perfil de “expostos com baixa capacidade de resposta”, criado pela tipologia delineada com os dados da “Pesquisa sobre o Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/AIDS”, entre os entrevistados na Vila Barreirinhas, as mulheres apresentam percepção de risco mais intensa do que os homens.

Pela análise das transcrições das entrevistas considera-se que a diferença entre mulheres e homens, no que se refere à percepção de risco e de prevenção, pode se dever a dois fatos interrelacionados: a) os homens apontam a confiança na parceira como justificativa quase exclusiva para não se sentir em risco e para mostrar que se previnem contra a possibilidade de infecção; b) as mulheres, embora também enfatizem amplamente a confiança no parceiro, freqüentemente o fazem evidenciando algum grau de dúvida. Além disso, o conjunto de elementos em torno dos quais elas fazem suas considerações acerca de risco e prevenção é mais amplo do que o dos homens.

Em um contexto de risco de infecção autopercebido como baixo ou nulo, supõe-se a baixa ocorrência de sorotestagem. De fato, ter feito o teste anti-HIV foi referido por apenas 5,6% dos “expostos com baixa capacidade de resposta” com 20 anos de idade ou mais (dados não apresentados). Como se verifica na TAB. 5.3, entre os homens, a proporção de indivíduos que fizeram o teste (7,1%) foi maior do que entre as mulheres (4,6%).

Entre os homens que fizeram o exame anti-HIV, as principais razões mencionadas para a sorotestagem foram a doação de sangue (45,5%) e a iniciativa própria (22,7%). Para as mulheres, a iniciativa própria foi mencionada por 31,8% das entrevistadas e 18,2% delas mencionaram o o pré-natal como a razão para ter feito o teste (GRAF. 6.2).

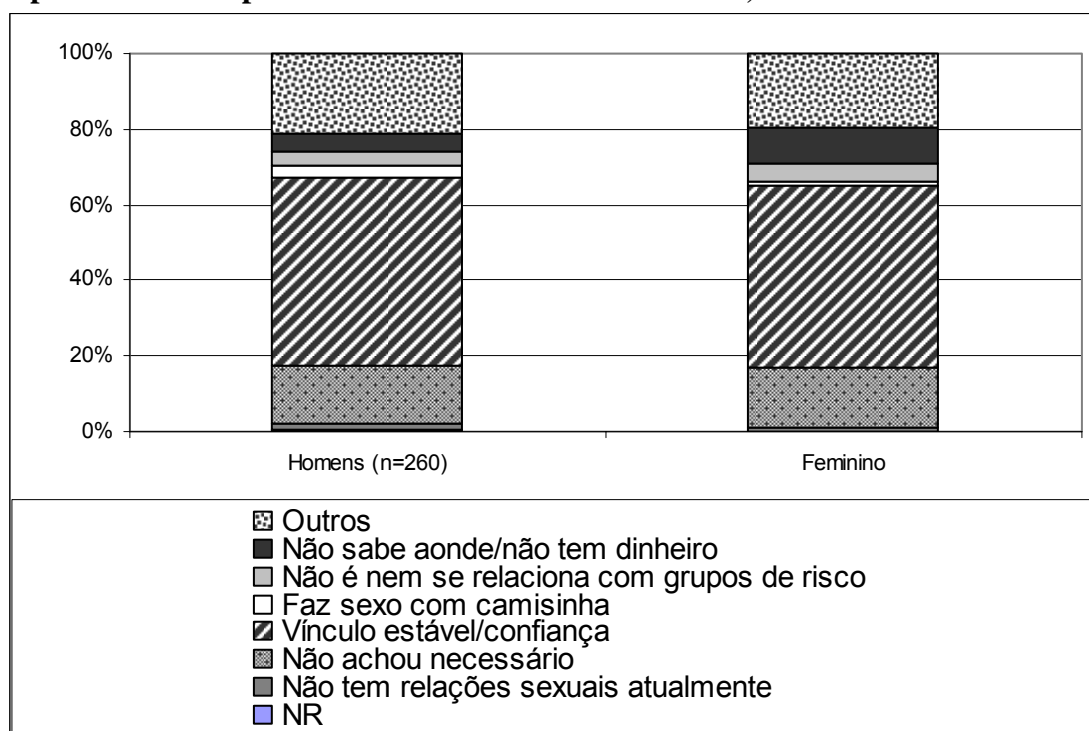
GRÁFICO 6.2: Razões para a sorotestagem entre os expostos com baixa capacidade de resposta, com mais de vinte anos - Brasil, 1998



Fonte dos dados básicos: “Pesquisa sobre Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/AIDS” (Ministério da Saúde - SAS - PNDST/AIDS, 1998).

Dentre os quase 94% de indivíduos “expostos com baixa capacidade de resposta” que não fizeram o teste anti-HIV, ter um vínculo estável e manter confiança no parceiro foi o principal motivo apontado para não ter sido testado (GRAF. 6.3).

GRÁFICO 6.3: Razões para não a não sorotestagem entre os expostos com baixa capacidade de resposta com mais de vinte anos - Brasil, 1998



Fonte dos dados básicos: “Pesquisa sobre Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/AIDS” (Ministério da Saúde - SAS - PNDST/AIDS, 1998).

Como se viu, os dados sobre sorotestagem evidenciam, mais uma vez, que a confiança no parceiro parece ser considerada eficiente como estratégia de prevenção à infecção pelo HIV. Essa questão também foi abordada nas entrevistas realizadas na Vila Barreirinhas. Os dados encontrados reiteram os resultados referidos para o perfil de “expostos com baixa capacidade de resposta” mostrando a doação de sangue e o pré-natal como importantes razões para a testagem, dentre os entrevistados alguma vez testados.

Na Vila Barreirinhas, alguns homens referiram a realização do exame anti-HIV, por parte da companheira, durante o pré-natal, como razão suficiente para que eles próprios não precisassem fazer o teste. O entendimento de que conhecer o *status* sorológico da parceira é substituto suficiente para a própria sorotestagem é uma mostra concreta do impacto que confiança entre parceiros tem como estratégia de avaliação de risco e prevenção.

Nas palavras de André (25 anos):

“Acabou que eu fiz [o teste anti-HIV] quando ela ficou grávida, né? Ela fez, aí só do dela não ter dado nada eu já fiquei aliviado. Aí depois ela fez mais dois, né? Se tivesse que dar alguma coisa já tinha dado há muito tempo.

Mas, você mesmo não fez não?

Não, não fiz não. Mas o próprio ginecologista dela me elogiou esses dias pra trás aí. Aí eu até comentei com ele que eu queria fazer. Ele disse: ‘fazer pra que, sô, a sua esposa já fez três HIV, se esses três HIV dela não deu nada então você pode ficar tranquilo que você não tem nada’. Ele falou assim com ela: ‘o seu marido tá comportando direitinho, né?’ [Risos entrevistador].

Evidentemente, se o desejo de conhecer a sua própria condição sorológica pode colocar em questionamento a fidelidade da pessoa casada, há uma barreira social clara à iniciativa da sorotestagem. Essa barreira é algo que deve ser focalizado em campanhas que busquem estimular a a testagem sorológica na população heterossexual que vive em união.

6.2. Negociação de práticas sexuais e preventivas

Pelos resultados apresentados na seção 6.1, observa-se que a força com a qual confiança entre parceiros é entendida pelos “expostos com baixa capacidade de resposta” pode ser o elemento chave para se compreender a adoção de certos comportamentos que determinam a alta vulnerabilidade desse grupo. Esse argumento foi apontado por mulheres e homens como justificativa para a não utilização do preservativo e para a não realização do teste anti-HIV.

Os depoimentos dos entrevistados da Vila Barreirinhas ecoam esses resultados e fornecem elementos para se refletir a respeito de alguns pontos. Dentre esses pontos, chama a atenção a necessidade de se refletir sobre o significado que os indivíduos atribuem àquilo que eles denominam como “conhecer o(a) parceiro(a)”. Conforme explicitado na seção 6.1, o processo de conhecimento de um parceiro parece estar marcado pelo estabelecimento do laço de confiança mútua pressuposto pela união marital. Estar casado ou unido parece ser suficiente, do ponto de vista desses entrevistados, para não fazer perguntas sobre a trajetória sexual dos parceiros até o

momento em que a união marital se inicia. DSTs, outros parceiros, nada disso é discutido ou perguntado durante o processo em que se está “conhecendo” o parceiro. Quando os indivíduos se casam ou se unem, entende-se que o vínculo marital seria colocado em risco caso as pessoas fizessem indagações a esse respeito. Afinal, eles já se “conhecem”.

Nesse sentido, o que os resultados das entrevistas realizadas parecem apontar é que não há espaço para qualquer negociação a respeito de práticas preventivas nas parcerias estabelecidas pelos entrevistados na Vila Barreirinhas.

Os dados do *survey* que se utilizou não permitem concluir a respeito dessa questão. Por um lado, isso se deve à limitação de um *survey* baseado em informações individuais para captar de maneira abrangente a dimensão da negociação sexual entre parceiros. Por outro lado, em questões que versaram sobre o interesse particular desta tese e que foram captadas pelo *survey*, o percentual de não respostas ou de não aplicabilidade da pergunta é alto. Um dos exemplos disso é a informação sobre a negociação do uso de preservativo com algum parceiro. Como se observa no GRAF. 5.10, apenas 3,7% dos “expostos com baixa capacidade de resposta” declararam já ter querido usar o preservativo com algum parceiro que não quisesse usar. Considera-se que, embora essa proporção seja consoante com o fato de esses entrevistados não fazerem uso do preservativo, a inadequação do tipo de coleta pode comprometer o entendimento do significado desse resultado. Além disso, não foi coletada uma questão que indique a negociação do uso de preservativo especificamente com o parceiro fixo atual, que é a informação que parece mais relevante a respeito desse perfil.

Tendo em vista as limitações dos dados quantitativos de que se dispõem para compreender a dinâmica da negociação entre parceiros a respeito das questões de interesse desta tese, as breves reflexões que se apresentam em seguida dizem respeito apenas às entrevistas realizadas na Vila Barreirinhas.

Conforme já se ressaltou anteriormente, em geral, uma proposta de uso de preservativo por parte do(a) parceiro(a) parece colocar em xeque a confiança que existe entre os membros do casal. Isso ficou evidente nos exertos apresentados na seção anterior. Há casos, entretanto, em que o uso do preservativo é negociado pelos parceiros sem que

isso seja entendido como uma prova de infidelidade. Nesses casos, uma preocupação concreta é sempre explicitada e, em geral, diz respeito à anticoncepção:

“Porque, assim, quando eu estou menstruada já tive [sexo] poucas vezes, aí a gente usa até camisinha né, mas eu não gosto muito não, acho assim que incomoda muito.

Por que vocês usam a camisinha nessa situação?

Ah, eu acho assim, mais é pra não, pra não sujar mesmo a gente, pra não... é isso mesmo.

Foi idéia de quem quando...

Ah, foi idéia dele né, da gente usar a camisinha quando eu tô menstruada” (Sílvia, 33 anos).

“Tem quanto tempo que vocês usam camisinha?”

Tem uns três meses porque a neném tem quatro, e é um mês de resguardo. Aí, por enquanto, tem esse tempo.

E quem que teve a idéia da camisinha? Como é que foi?

Ah fui eu. Porque eu tô morrendo de medo de arrumar mais menino, nem... Ele não gosta né, mas tem que fazer assim, porque nossa, tá muito difícil” (Márcia, 33 anos).

“Quem que decidiu usar a camisinha: você ou ela?”

Os dois. Agora eu vou te falar: não é por causa de prevenção, medo, não foi por causa de medo não. É porque ela usava medicamento e tava fazendo mal pra saúde dela. E ela opinou que eu fizesse cirurgia. Eu falei que não, em vez da gente, eu fazer a cirurgia, que é uma coisa irreversível, então eu opinei pela camisinha. E aconteceu que dela aceitar também, entramos em acordo e tá” (Miguel, 35 anos).

Nos casos apresentados, a negociação do uso do preservativo é evidente e sua iniciativa pode partir tanto de um como de ambos parceiros. Entretanto, como já se havia enfatizado na seção anterior, também é evidente a preocupação em esclarecer que o uso do produto não foi motivado pelo temor à infidelidade do parceiro.

Como foi observado por outros estudos (BARBOSA, 1997; GUERRIERO, AYRES e HEARST, 2002), também nas entrevistas realizadas na Vila Barreirinhas, a anticoncepção foi forma mais freqüentemente mencionada de legitimação do uso de preservativo quando há confiança entre os cônjuges. Por essa razão, a anticoncepção chega a ser utilizada como um suberfúgio para se utilizar a camisinha quando se deseja.

“Eu quero usar em todas as relações, sinceramente. Assim, às vezes eu até escondo que eu estou tomando o remédio para poder usar a camisinha. Eu prefiro o uso da camisinha do que sem a camisinha, porque eu sou fácil de pegar infecção. Mas nem sempre dá certo, né? (...) *E quando não dá certo, porque que não dá certo?* Quando não dá certo o uso da camisinha? Porque ele fica sabendo, ele descobre que eu estou tomando remédio, então [Risos] ele descobre que eu tomo remédio, então acha que isso ai não engravida né? Só pensa em gravidez, só isso, mais nada. Então não dá certo quando ele descobre, mas, se depender de mim, ele não descobre nunca. Mas só que acaba descobrindo de uma forma ou de outra...” (Melissa, 26 anos).

O desejo de Melissa de se prevenir contra uma infecção não torna legítima a sua demanda pelo preservativo e o subterfúgio que ela utiliza nem sempre é exitoso, já que pode ser descoberto pelo parceiro. A despeito disso, em outro momento de sua entrevista, Melissa enfatiza que a mulher tem a decisão final sobre a adoção da camisinha.

“[ele usaria camisinha sempre se você quisesse?] Ah, com certeza ele ia, também depende muito de mim, né? Com certeza ele usaria. Se eu falar que eu não vou tomar remédio, eu não tomo remédio. Faz de camisinha. Se ele quiser, fazer de camisinha; se não quiser, o azar é dele. Eles não mandam na gente não, pedem favor. [Risos] *Aí, às vezes a gente deixa passar, deixa, às vezes a gente deixa eles acharem que estão podendo. Mas a gente deixa se a gente quiser, se a gente não quiser, a gente usa só camisinha. Eu tenho uma amiga minha que é casada, ela tem três filhos, o marido dela só usa camisinha. O marido dela aceita normalmente. Eu estou tentando que ele aceite só camisinha, (...) depende muito da gente também, né?*”

Três aspectos chamam particular atenção nesse fragmento. O primeiro, já discutido anteriormente, diz respeito à legitimação do uso da camisinha quando o objetivo é contraceptivo. Em segundo lugar está a explicitação da estratégia de se abster do sexo caso a condição que impõe não seja respeitada; “azar o dele”, diz ela, como se a abstinência fosse indiferente para ela. Finalmente, Melissa aponta que a mulher pode utilizar a camisinha desde que realmente queira, como o faz a sua amiga e como ela vem tentando fazer. Nesse terceiro ponto, Melissa coloca em xeque a noção de poder como uma estrutura hierárquica e ressalta que a simulação (“a gente deixa eles acharem que estão podendo”) faz parte de um leque de opções das quais se pode lançar mão, conscientemente, no processo de negociação.

Melissa é uma das poucas entrevistadas que afirmaram desejar usar o preservativo consistentemente. Essa ressalva é essencial dado que, em geral, como já se mostrou na seção 6.1, mulheres e homens avaliam o preservativo negativamente e consideram o seu uso desnecessário quando se confia no(a) parceiro(a). Contudo, os três aspectos que se destacam em sua fala têm grande relevância para se evidenciar algumas das diversas estratégias possíveis para se negociar o preservativo.

A presença da negociação também é evidente em outros aspectos da vida sexual dos indivíduos, tais como o tipo de prática que se adota ou a contracepção.

“E sexo anal vocês fazem? Não. Eu não gosto. Vocês já tentaram? Não.

Ele já pediu? Ele já pediu, mas eu não deixei não. [Risos] Eu não deixo não. Eu falei assim: ‘não, eu não quero não’. Ele: ‘por que?’ ‘Porque não, eu acho ruim’. Eu falei não e nós não fizemos não. Por que que você acha ruim? Ah, deve doer. [Risos] Aí eu não gosto não. Eu falei: ‘não, só se for na frente. Adão e Eva só fez na frente, então...’ [Risos entrevistadora]”
(Heloísa, 31 anos)

“Vocês já fizeram sexo anal? Não. Nós dois não. Até mesmo porque ela não gosta. Ela não gosta...” (Alberto, 38 anos)

“Ah, sexo oral, assim: antes dele ser evangélico tinha, sabe, muito, era maravilhoso! [Risos] Tanto da minha parte como da parte dele. Mas depois que ele foi pra religião assim, ele leu na Bíblia que isso, pra religião, assim, de evangélico, não é uma coisa do agrado de Deus. Então ele parou e eu, tipo assim: eu sinto falta [Risos] (...), mas se ele pensa dessa maneira eu tenho que respeitar, porque se fosse eu, ele tinha que me respeitar” (Érica, 34 anos).

“E quem que decidiu que ela ligasse as trompas?”

É a gente conversou, eu mais ela, aí a gente conversou e ela viu que tava na hora dela ligar que com três crianças, que ela não queria trazer mais né. (...) E foi ela que começou a conversar sobre isso ou foi você? Nós dois né, eu e ela” (Lobão, 35 anos).

A sucessão de fragmentos apresentados deixa claro que a negociação sexual não se limita à diáde camisinha/confiança, estendendo-se a outras dimensões nas quais o seu processo parece não ser interpretado, pelos indivíduos, como algo que fere os valores sobre os quais está pautada a parceria.

Sendo assim, o desafio que parece ser mais crucial para que a negociação sexual seja uma estratégia eficiente de combate à AIDS é o de se rever esses valores, redimensionando-os de maneira a incorporar, dentre outros, os elementos ressaltados por VILLELA (1996:187):

“(...) [a] idéia de segurança como um dos atributos do prazer, a posituação do significado do condom pela sua associação ao cuidado consigo e com o outro, e a reavaliação da relação custo/benefício de cada encontro desprotegido”.

7. Considerações Finais

Nesta tese, buscou-se aprofundar sobre a questão da vulnerabilidade à infecção pelo HIV, por via sexual, por parte de mulheres e homens que se declaram heterossexuais procurando-se compreender como as tendências de heterossexualização e feminização da epidemia se interrelacionam com a problemática de gênero.

A busca de maior conhecimento sobre os graus de vulnerabilidade dos indivíduos à infecção pelo HIV por via sexual, partiu da definição de que o grau de vulnerabilidade de um indivíduo decorre da relação entre o seu padrão de exposição ao risco de infecção e a sua capacidade para enfrentá-lo. A capacidade de enfrentamento está definida tanto pelas condições de defesa e reação das quais o indivíduo dispõe como pela utilização que faz delas, que pode, ou não, conduzi-lo a uma adaptação positiva ao cenário de risco definida, fundamentalmente, pela adoção de comportamentos preventivos.

À essa definição de vulnerabilidade, somam-se dois pressupostos: 1) todos os indivíduos soronegativos possuem algum grau de vulnerabilidade à infecção pelo HIV; 2) o grau de vulnerabilidade é afetado (diminuído ou aumentado) por condições de natureza cognitiva, comportamental e social. As relações gênero, particularmente, o poder de negociação da prática sexual com os parceiros, estão incluídos na dimensão social.

De acordo com a definição de gênero que se adotou, entende-se que esse conceito é socialmente construído, relacional e permeado pelas relações de poder. Definido dessa maneira, o conceito tem clara interface com a vulnerabilidade ao HIV, refletindo-se na forma como as concepções sociais sobre a vivência da sexualidade feminina e masculina, e a efetiva aderência de mulheres e homens a essas concepções, afetam o padrão de exposição ao risco de infecção e a capacidade de enfrentamento dos indivíduos.

Nesta tese, buscou-se explorar a maneira pela qual o exercício da sexualidade e das relações de gênero influencia o grau de vulnerabilidade de mulheres e homens heterossexuais à infecção pelo HIV pela via sexual. A vivência da sexualidade, contudo,

não reflete, apenas, dimensões de gênero mas, também, a interseção dessa categoria com elementos tais como a classe social, a raça ou a geração dos indivíduos. Nesta tese foram incluídas todas essas dimensões, buscando dar conta da variabilidade do fenômeno.

Na prática, essa tentativa foi operacionalizada fazendo uso de uma base de dados que oferece informações sobre indivíduos de ambos os sexos, residentes nas áreas urbanas brasileiras, que têm entre 16 e 65 anos de idade e que mantêm comportamento heterossexual. Um conjunto de vinte e quatro variáveis foi selecionado para representar as dimensões “padrão de exposição ao risco” e “capacidade de resposta”.

Com o método GoM, os indivíduos foram aninhados em perfis que indicassem o seu grau de vulnerabilidade à infecção pelo HIV por via sexual. A maior vantagem desse método é possibilitar a identificação da aderência todos os elementos do conjunto estudado a cada um dos perfis que se estabelecem. Sendo assim, um indivíduo não tem de pertencer necessariamente a um ou outro grupo, podendo sim, pertencer a dois ou mais grupos simultaneamente.

O potencial que esse método oferece é particularmente pertinente ao estudo de processos de vulnerabilidade/empoderamento pois essas não são dimensões às quais um indivíduo ou grupo tem pertencimento exclusivo.

Os três perfis de referência delineados foram nomeados de maneira a reletir as duas dimensões principais em torno das quais este estudo entende o conceito de vulnerabilidade. Um total de 35,6% dos entrevistados aderiu totalmente a um dos seguintes perfis delineados: I) “não expostos com baixa capacidade de resposta” (12,4%); II) “expostos com baixa capacidade de resposta” (12,6%); III) “muito expostos com alta capacidade de resposta” (10,6%).

Os perfis de referência, contudo, estão regidos pela noção de pertencimento exclusivo à uma dimensão o que, como já se ressaltou, não é adequado para se entender processos de vulnerabilidade. Nesse sentido, partiu-se para a redefinição dos perfis de maneira que eles não reflitam apenas os casos extremos abrangendo, também a simultaneidade de

situações. Para tal, utilizou-se expressões booleanas para classificar os indivíduos segundo a intensidade de seu pertencimento aos três perfis de referência gerados.

Sendo assim, definiu-se que a predominância de um perfil de referência seria marcada pelo pertencimento a um dos perfis extremos em, pelo menos, 75%. Os três perfis predominantes mantiveram a denominação dos perfis do qual têm domínio e integraram 62,87% dos entrevistados.

Os demais indivíduos da amostra, se distribuíram entre cinco perfis mistos, também gerados por expressões booleanas, nos quais há uma ligeira predominância de um dos perfis de referência, e um perfil “sem domínio”, no qual os indivíduos estão equidistantes de qualquer um dos perfis de referência. Esses perfis mistos foram nomeados seguindo as mesmas estratégias segundo as quais se denominou os perfis de referência.

Tendo em vista o número de indivíduos que agregaram e/ou o interesse que a suas características despertaram, quatro perfis foram selecionados para uma comparação mais profunda entre eles e a amostra total. São eles: “não expostos com baixa capacidade de resposta”, “expostos com baixa capacidade de resposta”, “muito expostos com baixa capacidade de resposta”, “jovens consideravelmente expostos com baixa capacidade de resposta”.

Com base nos resultados dessa comparação, indentificou-se 3 padrões principais de vulnerabilidade à infecção pelo HIV por via sexual:

1) **“Não expostos circunstanciais”:**

Esse grupo corresponde aos jovens de 16 a 19 anos do perfil de “não expostos com baixa capacidade de resposta”. A respeito desses jovens, preocupa o fato de eles ainda não terem tido o seu primeiro intercurso e exibirem baixa capacidade de resposta à exposição. A não exposição desses jovens ao risco de infecção pelo HIV lhes confere baixo grau de vulnerabilidade. Porém pela associação de elementos que definem a baixa capacidade de enfrentar uma eventual exposição (entre outros, o baixo nível socioeconômico e de informações sobre a epidemia, o alto grau de estigmatização que

expressam etc.) parece ser plausível assumir que, uma vez expostos, esses jovens farão parte de um grupo altamente vulnerável.

Conforme se ressaltou ao longo do quinto capítulo desta tese, a situação das meninas que compõem esse perfil preocupa particularmente por duas razões principais: a) as razões de sexo calculadas para o total de casos de aids notificados são persistentemente mais baixas para o grupo de 16 a 19 anos, indicando que o processo de feminização da AIDS é mais intenso para esse grupo; b) a vulnerabilidade à infecção pelo HIV pela via sexual se sobrepõe à vulnerabilidade à fecundidade precoce, que é um dos principais problemas que afeta as jovens adolescentes do país.

O despreparo da maioria das jovens desse grupo etário e desse nível socioeconômico para enfrentar essa dupla vulnerabilidade é explicado, em grande medida, pelo fato de essas jovens estarem vivenciando o início de sua vida sexual em um momento de transição dos padrões de gênero. Por um lado, o exercício mais livre da sexualidade as expõe, antes e com maior intensidade, aos riscos de uma gravidez indesejada e de uma infecção por DSTs, inclusive a aids. Por outro lado, os valores da “moralidade dupla” parecem persistir nesse grupo, conforme sugere a literatura a respeito. Nesse sentido, a maior liberdade sexual, não necessariamente implica em um exercício responsável e consciente da sexualidade.

Enfatiza-se a importância de colocar os adolescentes no foco das campanhas de prevenção da AIDS e de integrar essas campanhas àquelas voltadas para a contracepção.

2) “Muito expostos com alta capacidade de resposta”:

Esse perfil pode ser considerado como o de mais baixo grau de vulnerabilidade à infecção pelo HIV por via sexual. O grupo foi considerado de maior exposição em função de sua aderência a práticas tais como o sexo anal e o número mais elevado de parceiros sexuais. Contudo, o aumento no grau de vulnerabilidade que esses comportamentos provocam é atenuado por fatores tais como o maior uso de preservativo por parte desses indivíduos, o mais baixo grau de estigmatização da AIDS que eles expressam e o mais alto nível de informação do qual dispõem.

Pensando no modelo de vulnerabilidade que se operacionalizou neste trabalho, dentre os perfis que se analisou com maior profundidade, o de indivíduos “muito expostos com alta capacidade de resposta” é o único que evidencia a adaptação positiva ao cenário de risco. A constatação decorre da observação de sua maior adesão à sorotestagem, à mudança de comportamentos em função da AIDS e à prática da negociação sexual.

Se, no caso dos “não expostos circunstanciais”, a maior vulnerabilidade foi influenciada pela desvantagem socioeconômica do grupo, entre os “muito expostos com alta capacidade de resposta” níveis socioeconômicos mais altos contribuem para a sua vulnerabilidade mais baixa.

Há que se enfatizar, contudo, que esse perfil é predominantemente composto por homens de coortes que iniciaram a sua vida sexual após a existência da AIDS (ou concomitantemente ao seu início). Esse fator pode ser determinante para que, nesse perfil haja maior aderência à prática preventiva em geral e, de maneira particular, à adoção do preservativo cuja decisão final é, por definição, masculina.

Sobre as mulheres que integram esse perfil, cabe ressaltar que elas são indiscutivelmente menos vulneráveis do que as mulheres “expostas com baixa capacidade de resposta”, com as quais foram comparadas. Porém, na comparação interna do perfil entre elas e os homens, há alguma diferença apontando a maior vulnerabilidade das mulheres em relação aos homens. Isso pode indicar a existência de contrastes internos aos grupos delineados marcadas pelo gênero.

3) “Expostos com baixa capacidade de resposta”:

Fundamentalmente composto por mulheres e indivíduos de baixo nível socioeconômico, os “expostos com baixa capacidade de resposta” se configuram como o grupo mais vulnerável da amostra estudada. Por tal razão procedeu-se ao aprofundamento sobre esse perfil utilizando, para tal, um estudo de base qualitativa.

A análise dos resultados encontrados pela utilização de ambas as abordagens, apontam que, nesse grupo, a adaptação ao cenário de risco se dá pela convivência com ele sem evidência de mudanças de comportamento em função da AIDS.

Em geral, a não efetivação de mudanças de comportamento justifica-se pelo fato de as mulheres e homens desse perfil não se perceberem em risco de infecção. Ter um parceiro fixo, conhecê-lo e confiar nele são as “estratégias de prevenção” mais adotadas por esse grupo, como ficou evidente pelos dados qualitativos utilizados.

Embora a vulnerabilidade desse grupo seja comum às mulheres e homens, os homens parecem aderir com mais intensidade ao argumento da confiança anteriormente mencionado.

Em síntese, o estudo realizado foi eficiente na classificação dos indivíduos heterossexuais segundo o seu grau de vulnerabilidade à infecção pelo HIV por via sexual. Além disso, o estudo contribuiu para o desenvolvimento do conceito de vulnerabilidade, ressaltando o rico potencial que a dimensão de gênero oferece como categoria explicativa das diferenças encontradas.

8. Referências Bibliográficas

AGUIAR, N. et al. A educação das mulheres no Rio de Janeiro. In: AGUIAR, N. **Rio de Janeiro plural: um guia para políticas sociais por gênero e raça**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos/IUPERJ, 1994. p. 65-93.

AIDS EDUCATION & RESEARCH TRUST - AVERT. HIV & AIDS - History, pictures and posters. Horsham: AVERT, [200?]. Disponível em: <<http://www.avert.org/historyi.htm>> Acesso em: 29 de agosto de 2005.

ALWANG, J. SIEGEL, P. JORGENSEN, S. **Vulnerability: a view from different disciplines**. Washington, D.C.: The World Bank, 2001. (Social protection discussion paper; 115). Disponível em: < www.worldbank.org/sp > Acesso em: 20 de setembro de 2004.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA - ABEP. **Critério de classificação econômica Brasil**. São Paulo: ABEP, 2003. Disponível em: <http://www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf> Acesso em: 29 de agosto de 2005.

AWUSABO-ASARE, K. et al. “All die be die”: obstacles to change in the face of HIV infection in Ghana. In: CALDWELL, J.C, ORUBULOYE, I.O., CALDWELL, P. **Resistances to behavioural change to reduce HIV/AIDS infection**. Camberra: Health Transition Centre / National Centre for Epidemiology and Population Health / Australian National University, 1999. p.125-132.

AYRES, J.R. et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: BARBOSA, R.M., PARKER, R. (Orgs.) **Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1999. p.49-72.

BARBOSA, L.M. **Perfis de vulnerabilidade ao risco de contrair o HIV nas regiões Nordeste e Sudeste brasileiras: aspectos individuais e da comunidade**. 2001. 158f. Tese (Doutorado em Demografia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.

BARBOSA, L.M., SAWYER, D.O. Aids: a vulnerabilidade social e a evolução da epidemia nos municípios das regiões Nordeste e Sudeste do Brasil. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, v.20, n.2, p.241-257, jul/dez. 2003.

BARBOSA, R.M. Feminismo e AIDS. In: PARKER, R., GALVÃO, J. (Orgs.) **Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS/UERJ, 1996. p.153-168.

BARBOSA, R.M. **Negociação sexual ou sexo negociado? Gênero, sexualidade e poder em tempos de AIDS**. 1997. 241f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

BARBOSA, R.M. Negociação sexual ou sexo negociado? In: BARBOSA, R.M., PARKER, R. (Orgs.) **Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1999. p.73-88.

BARBOSA, R.M. Um olhar de gênero sobre a epidemia de Aids. In BERQUÓ, Elza (Org.). **Sexo & vida**: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2003. p.339-389.

BARBOSA, R.M., PARKER, R. (Orgs.) **Sexualidades pelo avesso**: direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1999.

BASTOS, C. et al. Introdução. In: PARKER, R. et al. (Orgs.). **A Aids no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS, UERJ, 1994. p.13-56.

BASTOS, F.I. **A feminização da epidemia de aids no brasil**: determinantes estruturais e alternativas de enfrentamento. Rio de Janeiro: ABIA, 2001.

BASTOS, F.I., BARCELLOS, C. Geografia social da AIDS no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.29, n.1, p.52-62, 1995.

BATISTA, L.E. **Mulheres e homens negros**: saúde, doença e morte. 2002. 232f. Tese (Doutorado em Sociologia) Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Araraquara, 2002.

BEMFAM. Programa de Pesquisas de Demografia e Saúde Macro International. **Pesquisa nacional sobre demografia e saúde**: Brasil, 1996. Rio de Janeiro: BEMFAM, 1997.

BERGAMO, G. O segredo dos sobreviventes. **Veja**, São Paulo, 25 de maio de 2005. p.78-80.

BERQUÓ, E. Demografia da desigualdade: algumas considerações sobre os negros no Brasil. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 6., 1988, Olinda, PE. **Anais**. Olinda: ABEP, 1988. v.3, p. 89-110.

BONOLO, P.F. **Terapia anti-retroviral em indivíduos infectados pelo HIV/AIDS, Belo Horizonte, 2001 – 2003**: o desafio da adesão. 2005. 230f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

BORGES, A.L.V., SHOR, N. Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil, 2002. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.2, p.499-507, 2005.

BOZON, M., HEILBORN, M.L. As carícias e as palavras: iniciação sexual no Rio de Janeiro e em Paris. **Novos Estudos**, n.59, p.111-35, 2001.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Normas de pesquisa envolvendo seres humanos Res. CNS 196/96. **Bioética**, v.4, n.2, Supl., p. 15-25, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, [200?b]. Disponível em: < <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISD3352823PTBRIE.htm> >. Acesso em:: 21 de janeiro de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico - AIDS e DST**. v.2, n.1, jan – jun. 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico**. v.13, n.3, 2000. (36^a a 52^a semanas epidemiológicas, 2000) apud VILLELA, W. **Dossiê mulher e AIDS**. [S.l.] : Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, [200?]. Disponível em: <http://www.redesaude.org.br/dossies/html/dossimulher_e_aids.html> Acesso em: 15 de março de 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico**. v.16, n.1, 2002. (14^a a 52^a semanas epidemiológicas, 2002). Brasília: Ministério da Saúde, 2002, Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>> Acesso em: 21 de maio de 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, [200?a] Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS72418C70PTBRIE.htm>> a. Acesso em: 21 de janeiro de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O que é AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, [S.d.]. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISBF548766PTBRIE.htm>> Acesso em: 21 de janeiro de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

BROWN, D.A.V. **Vulnerabilidad sociodemográfica en el Caribe: examen de los factores sociales y demográficos que impiden un desarrollo equitativo con participación ciudadana en los albores del siglo XXI**. Santiago de Chile: Naciones Unidas, 2002. Disponível em: <<http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/2/10032/P10032.xml&xsl=/celade/tpl/p9f.xsl&base=/celade/tpl/top-bottom.xslt>> Acesso em: 10 de junho de 2005.

BUSSO, G. **Vulnerabilidad sociodemografica en Nicaragua: un desafío para el crecimiento económico y la reducción de la pobreza**. Santiago de Chile: Naciones Unidas, 2002. Disponível em: <<http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/1/11111/P11111.xml&xsl=/celade/tpl/p9f.xsl&base=/celade/tpl/top-bottom.xslt>> Acesso em: 10 de junho de 2005.

BUTLER, J. **Gender trouble: feminism and the subversion of identity**. New York: Routledge, 1990.

CALAZANS et al. Condom use among youth in Brazil. **AIDS**, v.19, suppl 4, p.S42–S50, 2005.

CALDWELL, J.C., ORUBULOYE, I.O., CALDWELL, P. Obstacles to behavioural change to lessen the risk of HIV infection in the African AIDS epidemic: Nigerian research. In: CALDWELL, J.C., ORUBULOYE, I.O., CALDWELL, P. **Resistances to behavioural change to reduce HIV/AIDS infection**. Camberra: Health Transition Centre / National Centre for Epidemiology and Population Health / Australian National University, 1999. p.113-124.

CALDWELL, J.C., REDDY, P., CALDWELL, P. The social component of mortality decline: an investigation in South India employing alternative methodologies. **Population Studies**, v.37, n.2, p.185-205, 1983.

CAMARANO, A.A. Fecundidade e anticoncepção da população jovem. In: COMISSÃO NACIONAL DE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO-CNPD. **Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas**. Brasília: CNPD, 1998. p.109-133.

CAMARGO JR., K.R. A construção da AIDS. In: CZERESNIA, D. et al. (Orgs.) **AIDS: ética, medicina e biotecnologia**. Rio de Janeiro: HUCITEC, ABRASCO, 1995. p.27-50.

CASTILHO, E.A., BASTOS, F.I. Aids (1981-1997): o rastro da tormenta. **Revista USP**, São Paulo, n.33, p 6-19, 1997.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION-CDC. A cluster of Kaposi's Sarcoma and Pneumocystis carinii pneumonia among homosexual male residents of Los Angeles and Orange Counties, California. **Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)**, Atlanta, v.31, n.23, p.305-7, 1982a.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION-CDC. Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) in prison inmates -New York, New Jersey. **Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)**, Atlanta, v.31, n.52, p.700-1, 1983b.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION-CDC. Current trends prevention of Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS): report of inter-agency recommendations. **Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)**, Atlanta, v.32, n.8, p.101-3, 1983c.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION-CDC. Current Trends Update on Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) - United States. **Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)**, Atlanta, v.31, n.37, p.507-508, 513-514, 1982c.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION-CDC. Epidemiologic notes and reports immunodeficiency among female sexual partners of males with Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) - New York. **Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)**, Atlanta, v.31, n.52, p.697-8, 1983a.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION-CDC. Opportunistic infections and Kaposi's sarcoma among Haitians in the United States. **Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)**, Atlanta, v.31, n.26, p.353-4, 360-1, 1982b.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION-CDC. Pneumocystis pneumonia-Los Angeles. **Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)**, Atlanta, v.37, n.21, p.250-252, 1981.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION-CDC. Unexplained immunodeficiency and opportunistic infections in infants - New York, New Jersey, California. **Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)**, Atlanta, v.31, n.49, p.665-667, 1982d.

CENTRO BRASILEIRO DE ANÁLISE E PLANEJAMENTO - CEBRAP. **Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/AIDS**. São Paulo: CEBRAP; Ministério da Saúde - PN DST/AIDS, 2000. (Relatório de Pesquisa).

CEPAL. **Vulnerabilidad sociodemográfica: Viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas (Síntesis y conclusiones)**. Brasília: CEPAL, 2002. Disponível em: <<http://www.eclac.cl/cgi-bin/getprod.asp?xml=/publicaciones/xml/4/10264/P10264.xml&xsl=/celade/tpl/p9f.xsl&base=/celade/tpl/top-bottom.xsl>> Acesso em: 10 de junho de 2005.

CERQUEIRA, C.A. **Tipologia e características dos estabelecimentos escolares brasileiros**. 2004. 316f. Tese (Doutorado em Demografia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.

CHEQUER, P. **AIDS vinte anos: esboço histórico para entender o programa brasileiro**. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISBD1B398DPTBRIE.htm>> Acesso em: 21 de janeiro de 2006.

CONNELL, R.W. Making gendered people: bodies, identities, sexualities. In: FERREE, M.M., LORBER, J., HESS, B.B. (Eds.). **Revisioning gender**. Thousand Oaks; London; New Delhi: Sage Publications, 1999. p. 449-472.

COOK R.L. et al. High prevalence of sexually transmitted diseases in young women seeking HIV testing in Rio de Janeiro, Brazil. **Sexually Transmitted Diseases**, v.31, n.1, p.67-72, 2004.

COURTENAY, W.H. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. **Social Science & Medicine**, v.50, n.10, p.1385-1401, 2000.

DANTAS, I. Aids cresce entre garotas de 13 a 19 anos. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 30 de novembro de 2002. Caderno Cotidiano, p. C1.

DELOR, F. HUBERT, M. Revisiting the concept of 'vulnerability'. **Social Science & Medicine**, v.50, n.11, p.1557-1570, 2000.

DESSER, N. A. **Adolescência: Sexualidade e culpa**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; Brasília: Fundação Universidade de Brasília, 1993.

DEW, A. F., HENLEY, T.B. Reconsidering unique invulnerability in the context of sexual behavior. **Journal of Gender, Culture, and Health**, v.4, n.4, p.307-313, 1999.

DI BARBIERI, T. Sobre la categoría género: una introducción teórico-metodológica. In: FIN de siglo: género y cambio civilizatorio. Santiago de Chile: ISIS, 1992. p.111-128.

DIXON-MUELLER, R. Female Empowerment and demographic processes: moving beyond Cairo. In: IUSSP Contributions to Gender Research. Paris: IUSSP, 2001. p.89-108.

DONOVAN, R. **The natural history of HIV/AIDS**. Berkeley, 2004. (notas de aula)

DORING, M. FRANÇA JR. I., STELLA, I.M. Factors associated with institutionalization of children orphaned by AIDS in a population-based survey in Porto Alegre, Brazil. **AIDS**, v.19, suppl 4, p. S59-S63, 2005.

DUESBERG, P. KOEHNLEIN, C. RASNICK, D. The chemical bases of the various AIDS epidemics: recreational drugs, anti-viral chemotherapy and malnutrition. **Journal of Biosciences**, v.28, n.4, p. 383-412, 2003.

ERICKSON, R.P. LORENZO, P.M., WOODBURY, M.A. Classification of taste responses in brain stem membership in fuzzy sets. **Journal of Neurophysiology**, v.71, n.6, p.2139-2150, June 1994.

FERREIRA, M.P. Conhecimento e percepção de risco sobre o HIV/AIDS: um perfil da população brasileira no ano de 1998. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, supl.2, p.S213-S222, 2003.

FONSECA, M.G. et al. AIDS e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, Supl. 1, p.77-87, 2000.

FONSECA, M.G. et al. Distribuição social da AIDS no Brasil, segundo participação no mercado de trabalho, ocupação e *status* sócio-econômico dos casos de 1987 a 1998. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.5, p.1351-1363, 2003.

FORD, K., SOHN, W., LEPKOWSKI, J. Characteristics of adolescents' sexual partners and their association with use of condoms and other contraceptive methods. **Family Planning Perspectives**, v.33, n.3, p.100-105 & 132, 2001.

FOREMAN, M. (Ed.). **AIDS and men: taking risks or taking responsibility?** Panos: Zed Books, 1999.

GOLDANI, A.M. **Demografia e feminismos**: os desafios da incorporação de uma perspectiva de gênero. In: AGUIAR, N. Gênero e ciências humanas: desafio às ciências desde a perspectiva das mulheres. Rio de Janeiro: Record: Rosa dos Tempos, 1997. p.67-83.

GRANJEIRO, A. O PERFIL SOCIOECONÔMICO DOS CASOS de AIDS da cidade de São Paulo. In: PARKER, R. et al. (Orgs.). **A Aids no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS, UERJ, 1994. p.91-125.

GUERRIERO, I., AYRES, J.R., HEARST, N. Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais, São Paulo, SP. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.36, n.4 Supl, p.50-60, 2002.

GUILHEM, D. **Escravas do risco**: bioética, mulheres e Aids. Brasília: Universidade de Brasília: Finatec, 2005.

GUIMARÃES, C.D. Mais merecel!: o estigma da infecção sexual pelo HIV/AIDS em mulheres. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v.4, n.2, p.295-318, 1996b.

GUIMARÃES, C.D. Mas eu conheço ele!: um método de prevenção do HIV/AIDS. In: PARKER, R., GALVÃO, J. (Orgs.) **Quebrando o silêncio**: mulheres e AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS/UERJ, 1996a. p.169-179.

GUIMARÃES, C.D. Mulheres, homens e AIDS: o visível e o invisível. In: PARKER, R. et al. (Orgs.). **A Aids no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS, UERJ, 1994. p.217-230.

HARAWAY, D. Gender for a Marxist dictionary: the sexual politics of a word. In: **SIMIANS**, cyborgs and women: reinvention of nature. New York: Routledge, 1991. Cap.7, p.127-148.

HEARST, N. CHEN, S. Condom promotion for AIDS prevention in the developing world: is it working? **Studies in Family Planning**, v.35, n.1, p.39-45, 2004.

HEILBORN, M.L., GOUVEIA, P.F. Marido é tudo igual: mulheres populares e sexualidade no contexto da Aids. In: BARBOSA, R.M., PARKER, R. (Orgs.) **Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1999. p.75-198.

HEISE L.L., ELIAS C. Transforming AIDS prevention to meet women's needs: a focus on developing countries. **Social Science & Medicine**, v.40, n.7, p.931-43, 1995.

HENRIQUES, R. Desigualdade racial no Brasil: evolução das condições de vida na década de 90. Brasília: IPEA, 2001. (Texto para discussão; 807). Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br>> Acesso em: 09 de maio de 2003.

HOLLAND, J. et al. Between embarrassment and trust: young women and the discovery of condom use. In: AGGLETON, P., HART, G; DAVIES, P. (Eds.) **AIDS: responses, interventions and care**. London: Falmer Press, 1991. p.127-148. apud. LEAR, D. Sexual Communication in the age of AIDS. **Social Science & Medicine**, v.41, n.9, p.1311-1323, 1995.

HOUAISS, Antonio. **Dicionário eletrônico da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2002. (Verbetes "Confiança".)

IBGE. **Síntese dos indicadores sociais 2002**. Rio de Janeiro: IBGE, 2003. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em: 09 de setembro de 2003.

JIMÉNEZ, A.L. et al. Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis em mulheres: associação com variáveis sócio-econômicas e demográficas. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.55-62, 2001.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS E WORLD HEALTH ORGANIZATION - UNAIDS/WHO. **AIDS epidemic update: December, 2005**. Geneva: UNAIDS, 2005.

KIPPAX, S. Negotiated safety agreements among gay men. In: O'LEARY ANN. **Beyond condoms: alternative approaches to HIV prevention**. New York: Kluwer Academic, Plenum, 2002. p.1-15

La GUARDIA, K.D. Aids and reproductive health: women's perspectives. In: CHEN, L.C. AMOR, J.S., SEGAL, S.J. (Eds.) **AIDS and women's reproductive health**. New York: Plenum, 1991. p.17-25.

LAGE, M.D. **RES: grafia correta Aids/AIDS**. [Comunicação pessoal]. Mensagem recebida por junia@cedeplar.ufmg.br em 15 de setembro de 2003.

LEAR, D. Sexual communication in the age of AIDS. **Social Science & Medicine**, v.41, n.9, p.1311-1323, 1995.

LOPES, F. **Mulheres negras e não-negras vivendo com HIV/AIDS no estado de São Paulo**: um estudo sobre suas vulnerabilidades. 2003. 175f. Tese (Doutorado em Saúde Pública), Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

MAGALHÃES, J. et al. HIV infection on women: impact on contraception. **Contraception**, v.66, n.2, p.87-91, 2002.

MANE, P., AGGLETON, P. Gênero e poder: comunicação, negociação e preservativo feminino. In: BARBOSA, R.M., PARKER, R. (Orgs.) **Sexualidades pelo avesso**: direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1999. p.215-228.

MANN, J. AIDS: A worldwide pandemic. In GOTTLIEB, M.S., JEFFRIES, D.J., MILDEVAN, D., PINCHING, A.J., QUINN, T.C.(Eds.). **Current topics in AIDS 2**. 1989 apud AIDS EDUCATION & RESEARCH TRUST - AVERT. HIV & AIDS - History, pictures and posters. Horsham: AVERT, [200?]. Disponível em: <<http://www.avert.org/historyi.htm>> Acesso em: 29 de agosto de 2005.

MANN, J. TARANTOLA, D. J. M. NETTER, T. W. (Eds.) **AIDS in the world**. Cambridge, Massachusetts : London, England: Harvard University, 1992.

MANN, J., TARANTOLA, D.J.M. (Eds.) **AIDS in the world II**. New York: Oxford University Press, 1996. apud AYRES, J.R. et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: BARBOSA, R.M., PARKER, R. (Orgs.) **Sexualidades pelo avesso**: direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1999. p.49-72

MANTON, K.G., WOODBURY, M.A., TOLLEY, H.D. **Statistical applications using fuzzy sets**. New York, Chichenster, Brisbane, Toronto, Singapore: John Wiley & Sons, 1994.

MARTIN, D. Mulheres e AIDS: uma abordagem antropológica. **Revista USP**, São Paulo, n.33, p.88-101, 1997.

MOUTINHO, L. **Razão, cor e desejo**: uma análise comparativa sobre relacionamentos afetivo-sexuais inter-raciais no Brasil e na América do Sul. 2001. 389f. Tese (Doutorado em Antropologia Social). Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2001.

NASCIMENTO, P. **O sexo dos homens**: vulnerabilidade e prevenção às DST/AIDS. [S.l.]: PAPAI, [S.d.]. Disponível em: < ww.ufpe.br/papai/textos/txt-nascimento-01.pdf > Acesso em: 31 de março de 2003.

NATURE. Settling the AIDS virus dispute. **Nature**, v..326, n.2, p.425-426, Apr.1987a.

NATURE. The chronology of AIDS research. **Nature**, v.326, n.2, p.435-436, Apr. 1987b.

OROZCO, Y. P. **Mulheres, AIDS e religião**. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir, 2002.

PAIVA, V., VENTURI, G., FRANÇA-JR, I., LOPES, F. **2 - Uso de preservativos - Pesquisa NACIONAL MS / IBOPE 2003 - Disponível em:**

<http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/ibope_2003/artigo_preservativo.rtf> Acesso em: 18 de setembro de 2004.

PARKER, R. **Corpos, prazeres e paixões: a cultura sexual no Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro: Best Seller, 1991.

PARKER, R., AGGLETON, P. **Estigma, discriminação e Aids**. Rio de Janeiro: ABIA, 2001.

PARKER, R., CAMARGO JR, K.R. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.16, supl.1, p.89-102, 2000.

PATEMAN, C. **The sexual contract**. Stanford, California: Stanford University, 1988.

PEREIRA, C.C.A. **Causas múltiplas de morte relacionadas ao HIV/AIDS nos municípios de São Paulo e Santos, 2001**. 2005. 83f. Dissertação (Mestrado em Demografia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

PERUGA, A., CELENTANO, D. Correlates of AIDS knowledge in samples of the general population. **Social Science & Medicine**, v.36, n.4, p.509-524, 1993.

PETRUCCELLI, J.L. **Casamento e cor no Brasil atual: a reprodução das diferenças**. Caxambu: ANPOCS, 2000. Disponível em: <www.clasco.edu.ar/~libros/anpocs00/gt15/00gt1513.doc> Acesso em: 05 de abril de 2003.

QUIROGA, J., MELO, F. HIV vulnerability and prevention among same race and interracial couples in a Brazilian shantytown. (Trabalho apresentado no **Centésimo Encontro da Associação Americana de Sociologia**. Seção: Graduate Student Roundtables (Gender, Behavior, and Relationships). Filadélfia, 13 a 16 de agosto de 2005).

RAMOS, D.L.P., MARUYANA, N.T. **A discriminação no atendimento odontológico a pacientes HIV+**. 1990. Disponível em: <<http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=132>> Acesso em: 14 de dezembro de 2005.

RUBIN, G. **O tráfico de mulheres: notas sobre a 'economia política do sexo'**. (Tradução não publicada de Christiane Rufino Datat, Edileusa Oliveira da Rocha e Sônia Corrêa do texto "The Traffic in Women: Notes on the Political Economy of Sex". In: REITER, R. **Towards an Anthropology of Women**. New York: Columbia University Press, 1979). mimeogr.

SANTELLI, J.S. et al. Stage of behavior change for condom use: the influence of partner type, relationship and pregnancy factors. **Family Planning Perspectives**, v.28, n.3, p.101-107, 1996.

SANTOS, S.P.C., CABRAL, A.L., BATISTA, M.F.P. Gestante HIV positiva: evento sentinela. In: BRASIL. **Boletim Epidemiológico - AIDS e DST**. v.2, n.1, p.10-11, jan./jun. 2005a.

SANTOS, T.F., JUAREZ, F., MOREIRA, M.M. **Paths to safer sexual practices amongst young men in low income groups.** In: CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE POPULAÇÃO, 24, 2001, Salvador, BA. XXIV IUSSP General Conference, Salvador–Brazil. Paris: IUSSP, 2001. Salvador: IUSSP, 2001. Disponível em CD-ROM.

SAWYER, D.O. et al. Caracterização dos Tipos de doadores de sangue em Belo Horizonte: heterogeneidade do homogêneo. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 12. Caxambu, MG, 2000. **Anais:** Belo Horizonte: ABEP, 2000. Disponível em CD-ROM.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade.** v.20, n.2, p.71-99, jul./dez. 1995.

SEEMAN, S. et al. Factors associated with perceptions of, and decisional balance for, condom use with main partner among women at risk for HIV infection. **Women & Health,** v.37, n.3, p.53-69, 2003.

SERAPIONI, M. Qualitative and quantitative methods in social research on health: some strategies for integration. **Ciência & Saúde Coletiva,** v.5, n.1, p.187-192, 2000.

SHARMA, P. et al. **Reducing vulnerability to environmental variability: background paper for the bank's environmental strategy.** Washington, D.C.: The World Bank, 2000 (mimeogr.) apud ALWANG, J. SIEGEL, P. JORGENSEN, S. **Vulnerability: a view from different disciplines.** Washington, D.C.: The World Bank, 2001. (Social protection discussion paper; 115). Disponível em: < www.worldbank.org/sp > Acesso em: 20 de setembro de 2004.

SHEPPARD, H., MICHAEL, A. The natural history and pathogenesis of HIV infection. **Annu. Rev. Microbiol,** n.46, p.33-64, 1992.

SILVEIRA, M.F. et al. Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e Aids em mulheres. **Revista de Saúde Pública,** São Paulo, v.36, n.6, p.670-7, 2002.

SIMÃO, A.B. **A primeira relação sexual, o primeiro casamento e o nascimento do primeiro filho:** um estudo quantitativo e qualitativo de duas coortes de mulheres em Belo Horizonte. 2005. 285f. Tese (Doutorado em Demografia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

SOBRINHO, D.F. **Estado e população:** uma história do planejamento familiar no Brasil. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos: FNUAP, 1993.

STURDEVANT, M.S. et al. The relationship of unsafe sexual behavior and the characteristics of sexual partners of HIV infected and HIV uninfected adolescent females. **Journal of Adolescent Health,** New York, v.29, n.6, p.64-71, 2001.

SZWARCWALD, C.L. et al. Knowledge, practices and behaviors related to HIV transmission among the Brazilian population in the 15–54 years age group, 2004. **AIDS,** v.19, suppl. 4, p.S51–S58, 2005.

THE ORIGINS of AIDS. Direção de Peter Chappell e Cathérine Peix. Sundance Channel, 2001. 91 min. (Documentário)

VALDVOGEL, B., MORAIS, L.C.C. **Mortalidade por Aids em São Paulo**: dezoito anos de história. (Trabalho apresentado no XI Encontro Nacional de Estudos Populacionais 1998)

VALLIN, J. Mortalidade, sexo e gênero. In: PINELLI, A. **Gênero nos estudos de população**. Campinas: ABEP, 2004. p.15-54 (Demographicas, 2)

VENTURA-FILLIPE, E.M. et al. Risk perception and counselling among HIV-positive women in Sao Paulo, Brazil. **Internacional Journal of STD & AIDS**, v.11, n.2, p.112–114, 2000.

VENTURA-FILLIPE, E.M. et al. Sexual orientation, use of drugs and risk perception among HIV-positive men in São Paulo, Brazil. **Internacional Journal of STD & AIDS**, v.16, n.1, p.56–60, 2005.

VIGNOLI, J.R. **Vulnerabilidad demográfica**: una faceta de las desventajas sociales. Santiago de Chile: Naciones Unidas, 2000. Disponível em: <<http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/1/4971/P4971.xml&xsl=/celade/tpl/p9f.xsl&base=/celade/tpl/top-bottom.xslt>> Acesso em: 10 de junho de 2005.

VIGNOLI, J.R. **Vulnerabilidad y grupos vulnerables**: un marco de referencia conceptual mirando a los jóvenes. Santiago de Chile: Naciones Unidas, 2001. Disponível em: <<http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/9/7889/P7889.xml&xsl=/celade/tpl/p9f.xsl&base=/celade/tpl/top-bottom.xslt>> Acesso em: 10 de junho de 2005.

VILLELA, W. **Dossiê mulher e AIDS**. [S.l.]: RedeSaúde, [200?]. Disponível em: <http://www.redesaude.org.br/dossies/html/dossimulher_e_aids.html>. Acesso em: 15 de março de 2003.

VILLELA, W. Homem que é homem também pega AIDS? In: ARILHA, M., RIDENTI, S., MEDRADO, B. (Orgs.) **Homens e masculinidades**: outras palavras. São Paulo: ECOS/Editora 34, 1998. p.129-134.

VILLELA, W. Refletindo sobre a negociação sexual como estratégia de prevenção da AIDS entre as mulheres. In: PARKER, R., GALVÃO, J. (Orgs.) **Quebrando o silêncio**: mulheres e AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS/UERJ, 1996. p.181-203.

VILLELA, W., BARBOSA, R. Opções contraceptivas e vivências da sexualidade: comparação entre mulheres esterilizadas e não esterilizadas em região metropolitana do Sudeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.30, n.5, p.452-9, 1996.

VISARIA, L. Violence against women in India: evidence from rural Gujarat. In: **Domestic violence in India**: a summary report of three studies. Washington, DC: International Center for Research on Women, 1999. p.14-25.

WALLACE, R. A synergism of plagues: planned shrinkage, contagious housing destruction and AIDS in the Bronx. **Environmental Research**, n.47, p.1-33, 1988.

WALLACE, R., WALLACE, D. U.S. Apartheid and the spread of AIDS to the suburbs: a multicity analysis of the political economy of spatial epidemic threshold. **Social Science & Medicine**, v. 41, n.3, p.333-45, 1995.

WASSERHEIT, J.N. Epidemiological synergy: interrelationships between HIV infection and other STDs. In: CHEN, L.C. AMOR, J.S., SEGAL, S.J. (Eds.) **AIDS and women's reproductive health**. New York: Plenum, 1991. p.47-72.

WILLIAMS, S. et al. Urban women's negotiation strategies for safer sex with their male partners. **Women & Health**, v.33, n.3/4, p.133-148, 2001.

WOOD, C. CARVALHO, J.A.M. Categorias do censo e classificação subjetiva de cor no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**. v.11, n.1, p.3-7, 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **"3 by 5" progress report**. Geneva: WHO, 2004.

Anexos

ANEXO 1: Síntese das transformações realizadas nas variáveis selecionadas

1. Dimensão Risco

Quatorze variáveis foram selecionadas para representar a dimensão risco neste estudo. A saber:

- **Sexo do entrevistado (SEXO).** Variável de origem: c478. Não sofreu nenhum tipo de recodificação em relação à variável de origem e está categorizada em: 1) masculino e 2) feminino.
- **Faixa de idade do entrevistado (IDADE).** Variável de origem: c479. Foi coletada como variável contínua e, para este estudo, agrupada em oito classes: 1) 16 a 19 anos, 2) 20 a 24 anos, 3) 25 a 29 anos, 4) 30 a 34 anos, 5) 35 a 39 anos, 6) 40 a 49 anos, 7) 50 a 59 anos, 8) 60 anos e +.

A categorização adotada para a variável idade é a mesma utilizada pelo Programa Nacional de DST e Aids na divulgação e análise da incidência dos casos de aids entre maiores de 13 anos e reflete os cortes de idade considerados relevantes para se apreciar mudanças substantivas no padrão etário da epidemia (BRASIL, 2005a).

- **Religiosidade (RELIGS).** Variável de origem: c77. A informação de origem diz respeito à regularidade da frequência a cultos e serviços religiosos em dez categorias que, neste estudo, foram reagrupadas em: 1) não religioso e 2) religioso (frequente culto ao menos uma vez por semana).
- **Número de parceiros nos últimos 12 meses (NUM_PARC).** Variáveis de origem: c168v1, c172. As variáveis de origem se referem ao número de parceiros nos últimos 5 anos e nos últimos 12 meses, sendo que a segunda não foi perguntada àqueles que, nos últimos 5 anos tiveram apenas um parceiro e se declararam casados ou unidos na informação sobre estado conjugal. A variável sobre número de parceiros nos últimos 12 meses utilizada neste estudo foi agrupada em: 0) Não sabe/Não responde, 1) Não teve parceiro, 2) Uma pessoa, 3) Mais de uma pessoa.

- **Uso de preservativo (CONDOM).** Variáveis de origem: C206, C270, c369r1, NUM_PARC que dizem respeito, respectivamente, ao uso de preservativo com o parceiro estável; ao uso de preservativo com o último parceiro eventual dos últimos doze meses durante o sexo vaginal, anal ou oral; ao uso de preservativo masculino ou feminino como método anticonceptivo atual; ao número de parceiros nos doze meses que antecederam a pesquisa. A variável criada foi categorizada em: 0) Não teve intercurso nos últimos 12 meses, 1) Sim, 2) Não.

Uma limitação que deve ser ressaltada sobre a variável criada é que, embora ela capte todos os indivíduos que, de alguma maneira, declararam usar o preservativo, não é possível saber sobre a constância desse uso. Isso se deve a certas imprecisões inerentes à maneira como foram feitas as perguntas sobre uso do preservativo com parceiro estável (c206) e com o parceiro eventual (c270):

(c206) - Q.103. Vocês usam camisinha em suas relações sexuais?

1. sim, 2. não, 3. não responde.

(c270) - Q.133. Se praticam ou praticaram sexo vaginal, sexo anal ou sexo oral, Vocês usam ou usaram a camisinha?

1. sempre, 2. usavam, mas abandonaram, 3. não usavam, mas começaram a usar, 4. nunca usaram, 5. não se aplica.

Observe-se que as perguntas tratam de relações sexuais em geral sem remeter a um evento específico como, por exemplo, a última relação sexual, e sem que seja possível precisar, pelas escalas de resposta que oferecem, se a pergunta e a resposta dizem respeito ao uso eventual ou contínuo do preservativo. Observe-se, ainda, que são perguntas de natureza distinta já que a primeira não discrimina o tipo de prática sexual integrante das relações sexuais para as quais se interroga sobre o uso do preservativo, por outro lado, a segunda pergunta agrega três práticas sexuais distintas e não oferece opções de resposta que permitam separá-las, nesse sentido, um indivíduo que tenha tido relações envolvendo os três tipos de prática e, por exemplo, utilizado o preservativo apenas no sexo anal pode ter respondido tanto afirmativamente quanto negativamente. Entende-se, portanto, que as imprecisões apontadas nessas perguntas provocam erros de declaração cujo

dimensionamento dependeria da realização de um estudo aprofundado a respeito, o que foge aos objetivos desta tese.

- **Entrevistado ou o parceiro é esterilizado (ESTERIL).** Variáveis de origem: c369r1, c369r2, c478, c479, NUM_PARC que correspondem, respectivamente, à primeira citação de método anticoncepcional utilizado, à segunda citação de método anticoncepcional utilizado, ao sexo do entrevistado, à idade do entrevistado, ao número de parceiros nos últimos doze meses. Na criação da variável ESTERIL, foram identificados todos os entrevistados que mencionaram esterilização feminina ou masculina como método anticoncepcional (variáveis c369r1 e c369r2); esses indivíduos foram inseridos na categoria “o entrevistado ou o parceiro é esterilizado”. Dentre os indivíduos que não se enquadravam nessa categoria, foi preciso identificar e distinguir aqueles aos quais não foi aplicada a questão sobre o método anticoncepcional (mulheres com mais de 50 anos de idade e indivíduos que não tiveram relações sexuais nos últimos doze meses), procedimento que foi feito usando as variáveis c478, c479, NUM_PARC.

A variável criada, ESTERIL, foi categorizada em: 0) Não se aplica (entrevistadas com mais de 50 anos), 1) Não teve intercurso nos últimos 12 meses, 2) Nem o entrevistado nem o parceiro é esterilizado, 3) O entrevistado ou o parceiro é esterilizado.

- **Tem ou teve alguma doença sexualmente transmissível (DST).** Variável de origem: c389. A variável de origem coletou a informação discretizando o fato de ter tido e de ainda ter uma DST. Para os fins deste trabalho, contudo, essas duas possibilidades foram associadas e a variável de origem foi recategorizada da seguinte forma: 0) Não sabe/Não respondeu, 1) Sim, 2) Não.

- **Praticou sexo anal com parceiro estável ou último parceiro eventual (SX_ANAL).** Variáveis de origem: c210, c259, NUM_PARC que indicam, respectivamente, a prática de sexo anal com parceiro estável, a prática de sexo anal com o último parceiro eventual dos doze meses que antecederam a pesquisa, o número de parceiros nos últimos doze meses. A variável criada foi categorizada em: 0) Não teve intercurso nos últimos 12 meses, 1) Não adotou essa prática, 2) Fez com o parceiro

estável, 3) Fez com o último parceiro eventual dos últimos 12 meses, 4) Fez com ambos.

- **Atitudes e opiniões de estigmatização da aids (ESTIG1 até ESTIG6).** Variáveis de origem: C359, C360, C361, C362, C363, C364. A descrição das variáveis e as categorizações utilizadas encontram-se no QUAD. 4.1:

QUADRO A.1: Bloco de variáveis de atitudes e opiniões de estigmatização da aids

VARIÁVEL	DESCRIÇÃO	CATEGORIZAÇÃO
ESTIG1	(C359) Crianças com o vírus da aids deveriam ser proibidas de ir à escola	0) NS/NR
ESTIG2	(C360) Comerciais de TV sobre camisinhas são uma boa coisa	1) Concorda totalmente
ESTIG3	(C361) Um patrão deve demitir do emprego uma pessoa que tenha o vírus da aids para proteger seus colegas de trabalho	2) Concorda parcialmente 3) Discorda parcialmente
ESTIG4	(C362) Mulheres grávidas com o vírus da aids deveriam fazer aborto	4) Discorda totalmente
ESTIG5	(C363) Você aceitaria deixar seus filhos menores em companhia de uma pessoa que tem o vírus da AIDS?	0) NS/NR
ESTIG6	(C364) Você aceitaria que uma casa de apoio para doentes de AIDS funcionasse ao lado da sua casa?	1) Sim 2) Não

Fonte: Elaboração própria com base no questionário de coleta dos dados da "Pesquisa sobre Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções sobre HIV/AIDS" (Ministério da Saúde - SAS - PNDST/AIDS, 1998).

2. Dimensão Capacidade de resposta

A dimensão capacidade de resposta foi representada por um total de dez variáveis, sete das quais dizem respeito às condições de defesa e reação e as três restantes à adaptação ao cenário de risco. Essas variáveis, bem como os detalhes de sua construção e a sua categorização, estão apresentadas nos próximos subitens.

2.1. Condições de defesa e reação

- **Autoclassificação de cor do entrevistado (COR).** Variável de origem: c44. A variável de origem oferecia seis opções de resposta (branco, preto, pardo, amarelo, indígena, não responde), porém, pelos filtros que se aplicou à base de dados foram excluídos da amostra deste estudo os indivíduos que não responderam a pergunta, os que se autoclassificaram amarelos e os que se autoclassificaram indígenas. As demais categorias, ou seja, brancos, pretos e pardos foram reagrupadas em: 1) Branco e 2) Negro.
- **Nível de escolaridade do entrevistado (ESCOLA).** Variável de origem: c465. A única modificação em relação à variável de origem foi o reordenamento nas seguintes categorias: 0) Analfabeto, 1) Nunca frequentou a escola, mas sabe ler e escrever, 2)

Fundamental incompleto, 3) Fundamental completo, 4) Médio incompleto, 5) Médio completo, 6) Superior incompleto, 7) Superior completo.

- **Renda individual mensal do entrevistado (RENDA).** Variável de origem: c470. Não houve modificações na variável de origem a parte da junção das categorias “não sabe” e “não responde” e o reordenamento das categorias nas seguintes opções: 0) Não informou ou não sabe, 1) Não possui rendimento, 2) Até 1 SM, 3) Mais de um e até 3 SM, 4) Mais de 3 e até 5 SM, 5) Mais de 5 e até 10 SM, 6) Mais de 10 SM.

- **Renda familiar mensal total (RENDAFAM).** Variável de origem: c467. Não houve modificações na variável de origem a parte da junção das categorias “não sabe” e “não responde” e o reordenamento das categorias nas seguintes opções: 0) Não informou ou não sabe, 1) Não possui rendimento, 2) Até 1 SM, 3) Mais de um e até 3 SM, 4) Mais de 3 e até 5 SM, 5) Mais de 5 e até 10 SM, 6) Mais de 10 SM.

- **Classe econômica (CLASSE).** Variável de origem: c494. Não sofreu nenhum tipo de recodificação em relação à variável de origem e está categorizada em: 1)A, 2)B, 3)C, 4)D, 5)E.

A variável CLASSE corresponde ao “Critério de Classificação Econômica”, da ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - para estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas. O critério consiste em uma escala de pontos baseada na posse de itens (entre outros: banheiro, geladeira e automóvel) e no grau de instrução do chefe da família³⁶. Segundo o alerta da ABEP, esse critério não tem a pretensão de estabelecer delinear classes sociais, mas sim classes econômicas (ABEP, 2003).

- **Informações adequadas sobre transmissão e risco de contrair HIV/AIDS (INF_AIDS).** Variável de origem: xco01. A variável de origem corresponde a uma escala de pontos que assume valores entre zero e nove dependendo da resposta dos indivíduos às afirmativas sobre formas de transmissão do HIV e situações de risco

³⁶ Consultar ABEP (2003) para maior detalhamento sobre a escala de pontos desse critério bem como alertas sobre suas possibilidades de utilização.

apresentadas no QUAD. 4.2³⁷. A variável criada, INF_AIDS, consiste na categorização da variável de origem nas seguintes alternativas:

- 0) Não respondeu;
- 1) Desinformado (0 a 2 pontos);
- 2) Pouco informado (3 a 5 pontos);
- 3) Algo informado (6 a 8 pontos);
- 4) Informado (9 pontos).

QUADRO A.2: Componentes do indicador sintético de conhecimento sobre HIV/AIDS

<i>Dimensão</i>	<i>Componentes</i>	<i>Categorias</i>
<i>Formas de Transmissão</i>	Uso da camisinha, masculina ou feminina, para evitar HIV/AIDS	1 - bem informado 0 - mal informado
	Transmissão através da retirada do pênis na relação sexual	1 - bem informado 0 - mal informado
	Transmissão através de sexo oral	1 - bem informado 0 - mal informado
	Transmissão através de contato social	1 - bem informado 0 - mal informado
	Transmissão através do uso de banheiros públicos	1 - bem informado 0 - mal informado
	Transmissão através do compartilhamento de seringas e agulhas já utilizadas	1 - bem informado 0 - mal informado
<i>Situações de Risco</i>	Risco envolvendo casais heterossexuais com apenas um parceiro	1 - bem informado 0 - mal informado
	Risco envolvendo casais homossexuais com apenas um parceiro	1 - bem informado 0 - mal informado
	Risco envolvendo casais ou pessoas com vários parceiros	1 - bem informado 0 - mal informado

Fonte: CEBRAP (2000: p. 86)

- **Avaliação do grau do próprio risco de contrair HIV (AV_RISCO).** Variável de origem: c345. Não houve modificações na variável de origem a parte da junção das categorias “não sabe” e “não responde” e o reordenamento das categorias nas seguintes opções: em: 0) Não sabe/ Não respondeu, 1) Nenhum risco, 2) Baixo, 3) Médio, 4) Alto.

³⁷ Informações detalhadas sobre a criação desse indicador podem ser consultadas em CEBRAP (2000: p. 78-97).

2.2. Adaptação ao cenário de risco

- **Fez o teste anti-HIV (TESTEHIV).** Variável de origem: c385. A variável utilizada é a mesma que foi coletada, tendo sido realizado, apenas, o reordenamento das categorias em: 0) Não respondeu, 1) Sim, 2) Não.
- **Mudou o comportamento após o surgimento da aids (MUDOU).** Variável de origem: c327. Não sofreu nenhum tipo de recodificação em relação à variável de origem e está categorizada em: 1) Sim, 2) Não.
- **Uso/não uso de preservativo com parceiro que não queria usar (NEG_COND).** Variáveis de origem: c278, c279R1, NUM_PARC que correspondem, respectivamente, à pergunta sobre ter desejado usar o preservativo com alguém que não queria usar, à atitude que tomou quando essa situação ocorreu, ao número de parceiros nos últimos doze meses. Na criação da variável NEG_COND, utilizou-se, fundamentalmente a variável c279R1, que, no questionário, foi filtrada pela variável c278 tendo sido respondida apenas pelos indivíduos que responderam afirmativamente à questão correspondente à variável c278 (Q. 141 - Você já quis usar camisinha com uma pessoa que não queria usar?). Assim, a uma considerável proporção dos indivíduos da amostra não se aplicou a questão seguinte:

(c279R1) - Q.142. O que você fez? 0. Não se aplica, 1. Usou camisinha sem entrar em entendimento com o(a) parceiro(a), 2. Usou a camisinha após entrar em entendimento com o(a) parceiro(a), 3. Decidiu não fazer sexo, 4. Fez sexo sem penetração, 5. Fez sexo com penetração, sem camisinha, 6. Não responde

Tendo em vista as indagações deste estudo, é de importância fundamental conhecer o mais possível sobre o processo de negociação do uso de preservativo, portanto, na criação da variável NEG_COND, foi preciso discriminar, dentre aqueles aos quais não se aplicou a questão base para a variável c279R1, os indivíduos que não tiveram relações sexuais nos doze meses que antecederam a pesquisa, dos indivíduos que nunca passaram pela situação de querer usar camisinha com alguém que não queria, o que se fez usando as variáveis c278 e NUM_PARC.

Tendo-se discriminado os grupos anteriormente mencionados, procedeu-se à análise do significado das categorias e da frequência de sua ocorrência e definiu-se agrupar as categorias 2 (“Usou a camisinha após entrar em entendimento com o parceiro”) e 4 (“Fez sexo sem penetração”). Essa decisão se justifica pelo fato de ambas atitudes culminarem no êxito da negociação da prática sexual mais segura, tendo, portanto o mesmo mecanismo de resposta (negociação) e resultado (sexo mais seguro).

A categorização utilizada para a variável NEG_COND foi: 0) Não respondeu, 1) Não teve intercurso nos últimos 12 meses, 2) Nunca passou por essa situação, 3) Decidiu não fazer sexo, 4) Usou após entrar em acordo, ou fez sexo sem penetração, 5) Usou, sem entendimento com o parceiro, 6) Fez sexo com penetração, sem camisinha.

ANEXO 2: Tabela A1

TABELA A.1: Resultados da construção da tipologia de vulnerabilidade individual à infecção pelo HIV por via sexual com três perfis de referência para indivíduos de 16 a 65 anos residentes em áreas urbanas - Brasil, 1998

Variável	Categorias	Frequências		Lambdas			Perfis (1)		
		absoluta	relativa	λ_{1j}	λ_{2j}	λ_{3j}	1	2	3
RISCO									
sexo	1. Masculino	1395	0.4550	0.2329	0.3599	0.6727	0.5119	0.7910	1.4785
	2. Feminino	1673	0.5450	0.7671	0.6401	0.3273	1.4075	1.1745	0.6006
idade	1. 16 a 19 anos	378	0.1230	0.3494	0.0000	0.1275	2.8407	0.0000	1.0366
	2. 20 a 24 anos	385	0.1250	0.0957	0.0842	0.1846	0.7656	0.6736	1.4768
	3. 25 a 29 anos	404	0.1320	0.0450	0.1406	0.1673	0.3409	1.0652	1.2674
	4. 30 a 34 anos	424	0.1380	0.0448	0.1387	0.1856	0.3246	1.0051	1.3449
	5. 35 a 39 anos	362	0.1180	0.0483	0.1198	0.1516	0.4093	1.0153	1.2847
	6. 40 a 49 anos	562	0.1830	0.1162	0.2196	0.1833	0.6350	1.2000	1.0016
	7. 50 a 59 anos	358	0.1170	0.1669	0.2062	0.0000	1.4265	1.7624	0.0000
	8. 60 anos e +	195	0.0640	0.1338	0.0909	0.0000	2.0906	1.4203	0.0000
relig	1. Não religioso	1850	0.6030	0.4527	0.5892	0.6918	0.7507	0.9771	1.1473
	2. Religioso	1218	0.3970	0.5473	0.4108	0.3082	1.3786	1.0348	0.7763
num_par	0. NS/NR	30	0.0100	0.0000	0.0139	0.0102	0.0000	1.3900	1.0200
	1. Não teve parceiro	624	0.2030	1.0000	0.0000	0.0000	4.9261	0.0000	0.0000
	1. Uma pessoa	2031	0.6620	0.0000	0.9861	0.6578	0.0000	1.4896	0.9937
	2. Mais de uma pessoa	383	0.1250	0.0000	0.0000	0.3319	0.0000	0.0000	2.6552
condom	0. Não teve intercurso nos últimos 12 meses	624	0.2030	1.0000	0.0000	0.0000	4.9261	0.0000	0.0000
	1. Sim	666	0.2170	0.0000	0.0000	0.5795	0.0000	0.0000	2.6705
	2. Não	1778	0.5800	0.0000	1.0000	0.4205	0.0000	1.7241	0.7250
esteril	0. Não se aplica (entrevistadas com mais de 50 anos)	150	0.0490	0.0000	0.1180	0.0000	0.0000	2.4082	0.0000
	1. Não teve intercurso nos últimos 12 meses	624	0.2030	1.0000	0.0000	0.0000	4.9261	0.0000	0.0000
	2. Nem o entrevistado e nem o parceiro é esterilizado	1750	0.5700	0.0000	0.5803	0.8649	0.0000	1.0181	1.5174
	3. O entrevistado ou o parceiro é esterilizado	544	0.1770	0.0000	0.3018	0.1351	0.0000	1.7051	0.7633
dst	0. NS/NR	32	0.0100	0.0547	0.0000	0.0000	5.4700	0.0000	0.0000
	1. Sim	389	0.1270	0.0000	0.0654	0.2655	0.0000	0.5150	2.0906
	2. Não	2647	0.8630	0.9453	0.9346	0.7345	1.0954	1.0830	0.8511
sx_anal	0. Não teve intercurso nos últimos 12 meses	624	0.2030	1.0000	0.0000	0.0000	4.9261	0.0000	0.0000
	1. Não adotou essa prática	2114	0.6890	0.0000	1.0000	0.7233	0.0000	1.4514	1.0498
	2. Fez com parceiro estável	228	0.0740	0.0000	0.0000	0.1926	0.0000	0.0000	2.6027
	3. Fez com último parceiro eventual dos últimos 12 meses	53	0.0170	0.0000	0.0000	0.0437	0.0000	0.0000	2.5706
	4. Fez com ambos	49	0.0160	0.0000	0.0000	0.0404	0.0000	0.0000	2.5250
estig1	0. NS/NR	48	0.0160	0.0227	0.0275	0.0000	1.4188	1.7188	0.0000
	1. Concorda Totalmente	323	0.1050	0.1277	0.1957	0.0000	1.2162	1.8638	0.0000
	2. Concorda em parte	140	0.0460	0.0503	0.0874	0.0000	1.0935	1.9000	0.0000
	3. Discorda em parte	196	0.0640	0.0922	0.0884	0.0248	1.4406	1.3813	0.3875
	4. Discorda totalmente	2361	0.7700	0.7071	0.6010	0.9752	0.9183	0.7805	1.2665
estig2	0. NS/NR	40	0.0130	0.0291	0.0182	0.0000	2.2385	1.4000	0.0000
	1. Concorda Totalmente	2620	0.8540	0.7964	0.8121	0.9254	0.9326	0.9509	1.0836
	2. Concorda em parte	267	0.0870	0.1017	0.0991	0.0672	1.1690	1.1391	0.7724
	3. Discorda em parte	46	0.0150	0.0243	0.0181	0.0074	1.6200	1.2067	0.4933
estig3	0. NS/NR	95	0.0310	0.0486	0.0525	0.0000	1.5677	1.6935	0.0000
	1. Concorda Totalmente	81	0.0260	0.0363	0.0473	0.0000	1.3962	1.8192	0.0000
	2. Concorda em parte	432	0.1410	0.1611	0.2657	0.0000	1.1426	1.8844	0.0000
	3. Discorda em parte	237	0.0770	0.0861	0.1473	0.0000	1.1182	1.9130	0.0000
estig4	0. NS/NR	283	0.0920	0.1033	0.1039	0.0750	1.1228	1.1293	0.8152
	4. Discorda totalmente	2035	0.6630	0.6133	0.4358	0.9250	0.9250	0.6573	1.3952
	0. NS/NR	264	0.0860	0.1192	0.1165	0.0384	1.3860	1.3547	0.4465
	1. Concorda Totalmente	876	0.2860	0.2521	0.4219	0.1546	0.8815	1.4752	0.5406
estig5	2. Concorda em parte	324	0.1060	0.1038	0.0589	0.1557	0.9792	0.5557	1.4689
	3. Discorda em parte	229	0.0750	0.0773	0.0480	0.1012	1.0307	0.6400	1.3493
	4. Discorda totalmente	1375	0.4480	0.4476	0.3548	0.5500	0.9991	0.7920	1.2277
	0. NS/NR	254	0.0830	0.1252	0.0416	0.1051	1.5084	0.5012	1.2663
estig6	1. Sim	982	0.3200	0.2505	0.0000	0.6599	0.7828	0.0000	2.0622
	2. Não	1832	0.5970	0.6243	0.9584	0.2350	1.0457	1.6054	0.3936
estig6	0. NS/NR	150	0.0490	0.0652	0.0880	0.0000	1.3306	1.7959	0.0000
	1. Sim	2041	0.6650	0.6285	0.3796	1.0000	0.9451	0.5708	1.5038
	2. Não	877	0.2860	0.3064	0.5323	0.0000	1.0713	1.8612	0.0000

TABELA A1: Resultados da construção da tipologia de vulnerabilidade individual à infecção pelo HIV por via sexual com três perfis de referência para indivíduos de 16 a 65 anos residentes em áreas urbanas – Brasil, 1998 (conclusão)

Variável	Categorias	Frequências		Lambdas			Perfis (1)		
		absoluta	relativa	λ_{1j}	λ_{2j}	λ_{3j}	1	2	3
CAPACIDADE DE RESPOSTA I - CONDIÇÕES DE DEFESA E REAÇÃO									
cor	1. Branco	1555	0.5070	0.4522	0.3780	0.6784	0.8919	0.7456	1.3381
	2. Negro	1513	0.4930	0.5478	0.6220	0.3216	1.1112	1.2617	0.6523
escola	0. Analfabeto	237	0.0770	0.1252	0.1286	0.0000	1.6260	1.6701	0.0000
	1. Lê e escreve	37	0.0120	0.0155	0.0221	0.0000	1.2917	1.8417	0.0000
	2. Fundamental incompleto	1376	0.4490	0.5220	0.7920	0.0000	1.1626	1.7639	0.0000
	3. Fundamental completo	337	0.1100	0.1015	0.0573	0.1722	0.9227	0.5209	1.5655
	4. Medio incompleto	303	0.0990	0.1506	0.0000	0.1873	1.5212	0.0000	1.8919
	5. Medio completo	489	0.1590	0.0754	0.0000	0.3995	0.4742	0.0000	2.5126
	6. Superior incompleto	95	0.0310	0.0099	0.0000	0.0749	0.3194	0.0000	2.4161
	7. Superior completo	194	0.0630	0.0000	0.0000	0.1662	0.0000	0.0000	2.6381
renda	0. Não informou ou não sabe	112	0.0370	0.0309	0.0445	0.0308	0.8351	1.2027	0.8324
	1. Não possui rendimento	843	0.2750	0.3461	0.3701	0.1450	1.2585	1.3458	0.5273
	2. Até 1 SM	508	0.1660	0.3237	0.2561	0.0000	1.9500	1.5428	0.0000
	3. Mais de 1 e até 3 SM	765	0.2490	0.2645	0.3293	0.1581	1.0622	1.3225	0.6349
	4. Mais de 3 e até 5 SM	382	0.1250	0.0348	0.0000	0.2914	0.2784	0.0000	2.3312
	5. Mais de 5 e até 10 SM	290	0.0950	0.0000	0.0000	0.2373	0.0000	0.0000	2.4979
	6. Mais de 10 SM	168	0.0550	0.0000	0.0000	0.1375	0.0000	0.0000	2.5000
rendafam	0. Não informou ou não sabe	496	0.1620	0.2519	0.1555	0.1327	1.5549	0.9599	0.8191
	1. Não possui rendimento	19	0.0060	0.0107	0.0101	0.0000	1.7833	1.6833	0.0000
	2. Até 1 SM	267	0.0870	0.1592	0.1421	0.0000	1.8299	1.6333	0.0000
	3. Mais de 1 e até 3 SM	715	0.2330	0.3166	0.4384	0.0000	1.3588	1.8815	0.0000
	4. Mais de 3 e até 5 SM	554	0.1810	0.1749	0.2539	0.1174	0.9663	1.4028	0.6486
	5. Mais de 5 e até 10 SM	565	0.1840	0.0868	0.0000	0.3962	0.4717	0.0000	2.1533
	6. Mais de 10 SM	452	0.1470	0.0000	0.0000	0.3538	0.0000	0.0000	2.4068
classe	A	100	0.0330	0.0175	0.0000	0.0741	0.5303	0.0000	2.2455
	B	543	0.1770	0.0776	0.0000	0.4245	0.4384	0.0000	2.3983
	C	954	0.3110	0.2629	0.1465	0.5015	0.8453	0.4711	1.6125
	D	1118	0.3640	0.4708	0.6541	0.0000	1.2934	1.7970	0.0000
	E	353	0.1150	0.1713	0.1994	0.0000	1.4896	1.7339	0.0000
inf_aids	0. Não respondeu	21	0.0070	0.0098	0.0068	0.0055	1.4000	0.9714	0.7857
	1. Desinformado	117	0.0380	0.0509	0.0688	0.0000	1.3395	1.8105	0.0000
	2. Pouco informado	1083	0.3530	0.3902	0.4859	0.1957	1.1054	1.3765	0.5544
	3. Algo informado	1713	0.5580	0.5229	0.4384	0.7011	0.9371	0.7857	1.2565
	4. Informado	134	0.0440	0.0262	0.0000	0.0977	0.5955	0.0000	2.2205
av_risco	0. NS/NR	103	0.0340	0.0365	0.0644	0.0000	1.0735	1.8941	0.0000
	1. Nenhum risco	1431	0.4660	0.6507	0.6081	0.2325	1.3964	1.3049	0.4989
	2. Baixo	1095	0.3570	0.2197	0.2185	0.5650	0.6154	0.6120	1.5826
	3. Médio	328	0.1070	0.0619	0.0678	0.1691	0.5785	0.6336	1.5804
	4. Alto	111	0.0360	0.0313	0.0411	0.0334	0.8694	1.1417	0.9278
CAPACIDADE DE RESPOSTA II - ADAPTAÇÃO AO CENÁRIO DE RISCO									
testehiv	0. Não respondeu	6	0.0020	0.0000	0.0071	0.0000	0.0000	3.5500	0.0000
	1. Sim	485	0.1580	0.0000	0.0000	0.4097	0.0000	0.0000	2.5930
	2. Não	2577	0.8400	1.0000	0.9929	0.5903	1.1905	1.1820	0.7027
mudou	1. Sim	2185	0.7120	0.6391	0.6452	0.8161	0.8976	0.9062	1.1462
	2. Não	883	0.2880	0.3609	0.3548	0.1839	1.2531	1.2319	0.6385
neg_cond	0. Não respondeu	3	0.0010	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
	1. Não teve intercurso nos últimos 12 meses	624	0.2030	1.0000	0.0000	0.0000	4.9261	0.0000	0.0000
	2. Nunca passou por essa situação	2076	0.6770	0.0000	0.9788	0.7166	0.0000	1.4458	1.0585
	3. Decidiu não fazer sexo	106	0.0350	0.0000	0.0212	0.0668	0.0000	0.6057	1.9086
	4. Usou após entrar em acordo, ou fez sexo sem penetração	170	0.0550	0.0000	0.0000	0.1431	0.0000	0.0000	2.6018
	5. Usou, sem entendimento com o parceiro	26	0.0080	0.0000	0.0000	0.0214	0.0000	0.0000	2.6750
	6. Fez sexo com penetração, sem camisinha	63	0.0210	0.0000	0.0000	0.0521	0.0000	0.0000	2.4810

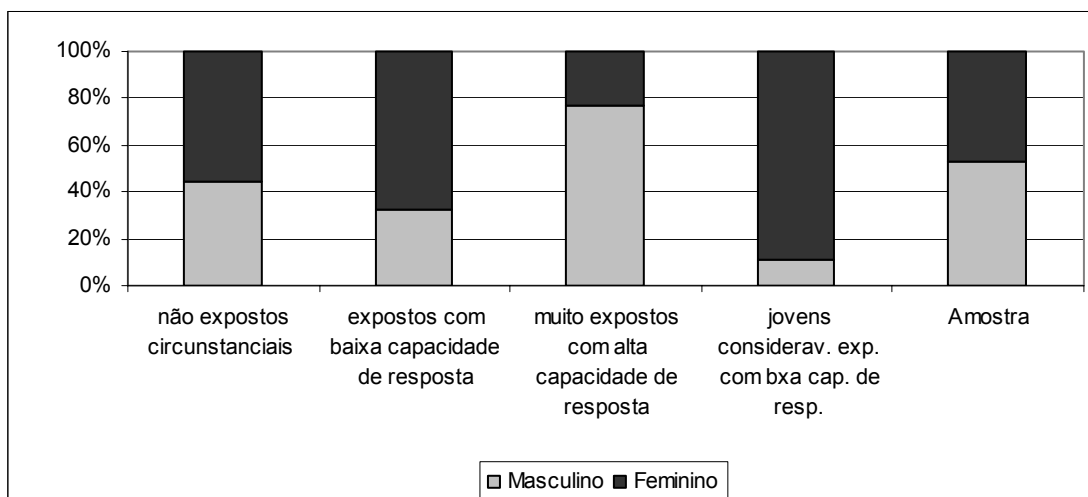
Fonte: Elaboração própria com base nos dados da "Pesquisa sobre Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/AIDS" (Ministério da Saúde - SAS - PNDST/AIDS, 1998).

Observações: NS/NR corresponde a "Não sabe/Não respondeu". Na escala da variável CLASSE, a categoria "A" indica a classe mais alta. Quanto à variável RELIGIOSIDADE, considerou-se como religioso o indivíduo cuja frequência a culto é pelo menos semanal.

(1) Descritos pela razão entre a probabilidade estimada (λ_{kj}) e a frequência relativa. As hachuras indicam valor superior a 1,2, critério estabelecido para que a categoria seja considerada descritora do perfil.

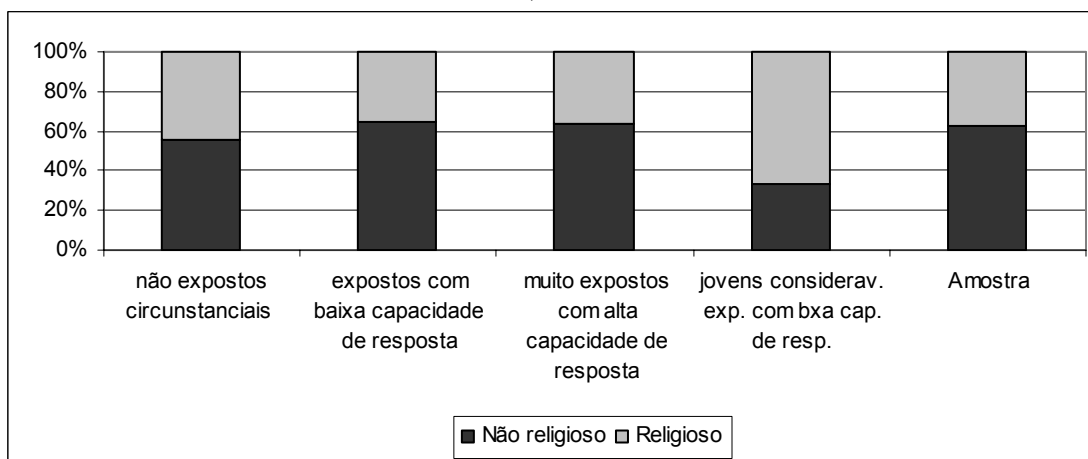
ANEXO 3: Gráficos de comparação entre os jovens de 16 a 19 anos pertencentes aos perfis selecionados e à amostra total

GRÁFICO A.1: Sexo dos indivíduos de 16 a 19 anos aninhados nos perfis selecionados e na amostra total - Brasil, 1998.



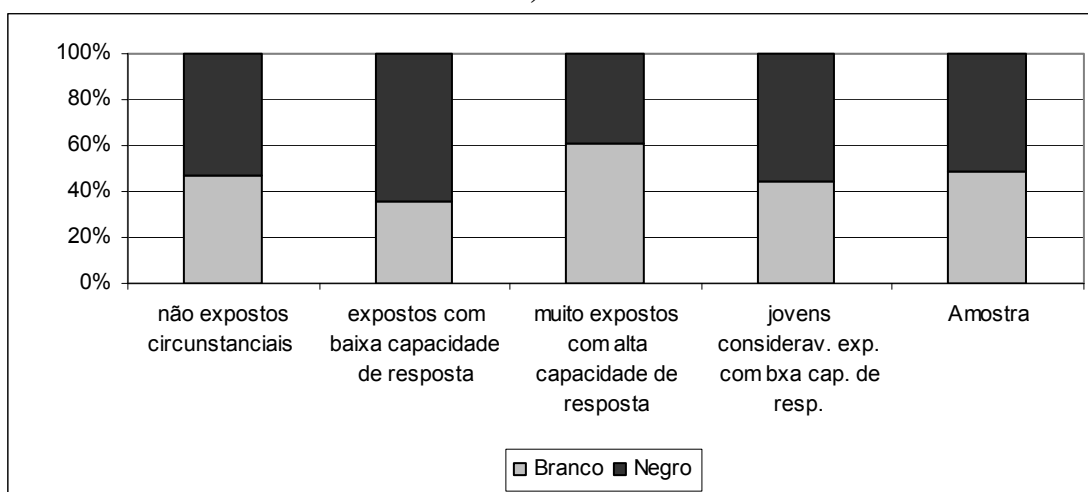
Fonte dos dados básicos: “Pesquisa sobre Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/AIDS” (Ministério da Saúde - SAS - PNDST/AIDS, 1998).

GRÁFICO A.2: Religiosidade dos indivíduos de 16 a 19 anos aninhados nos perfis selecionados e na amostra total - Brasil, 1998.



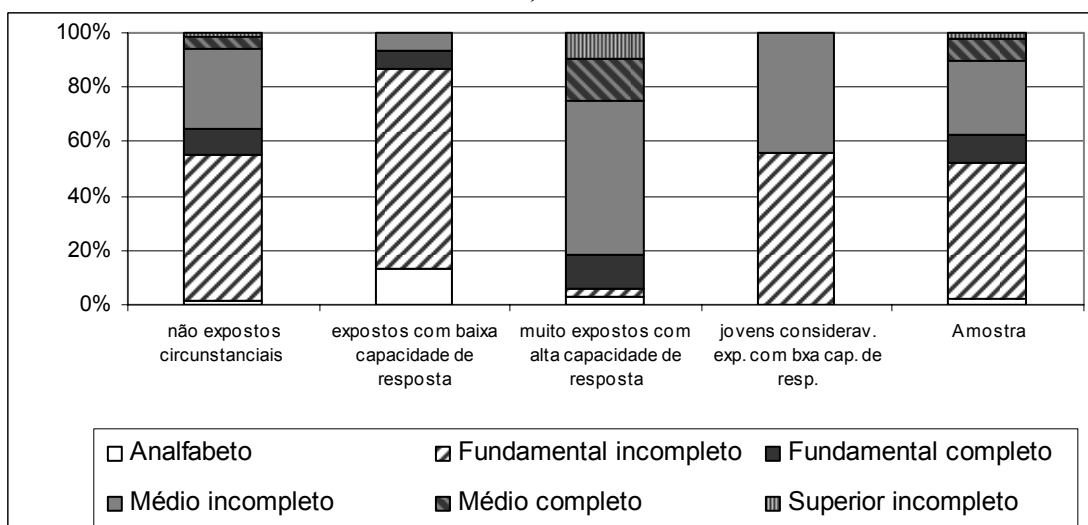
Fonte dos dados básicos: “Pesquisa sobre Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/AIDS” (Ministério da Saúde - SAS - PNDST/AIDS, 1998).

GRÁFICO A.3: Cor dos indivíduos de 16 a 19 anos aninhados nos perfis selecionados e na amostra total - Brasil, 1998.



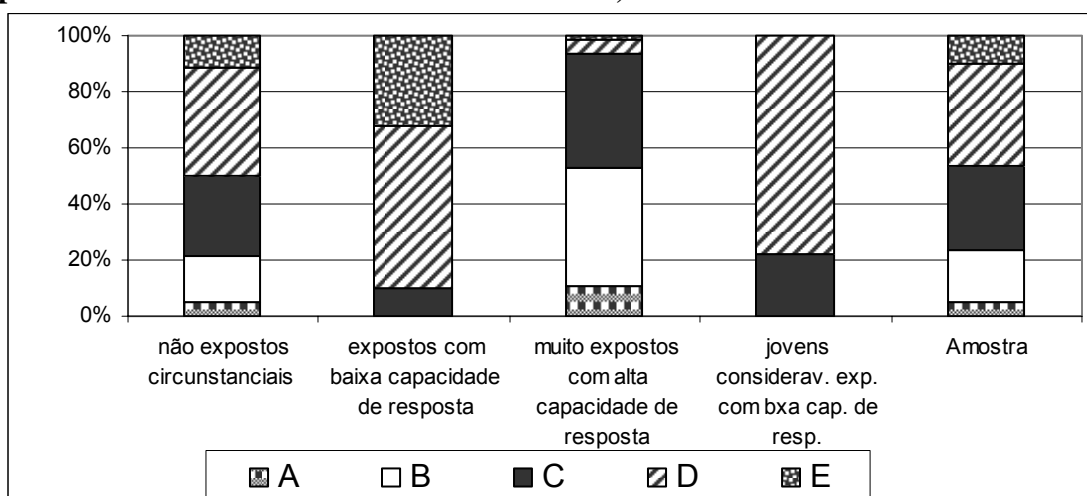
Fonte dos dados básicos: “Pesquisa sobre Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/AIDS” (Ministério da Saúde - SAS - PNDST/AIDS, 1998).

GRÁFICO A.4: Escolaridade dos indivíduos de 16 a 19 anos aninhados nos perfis selecionados e na amostra total - Brasil, 1998.



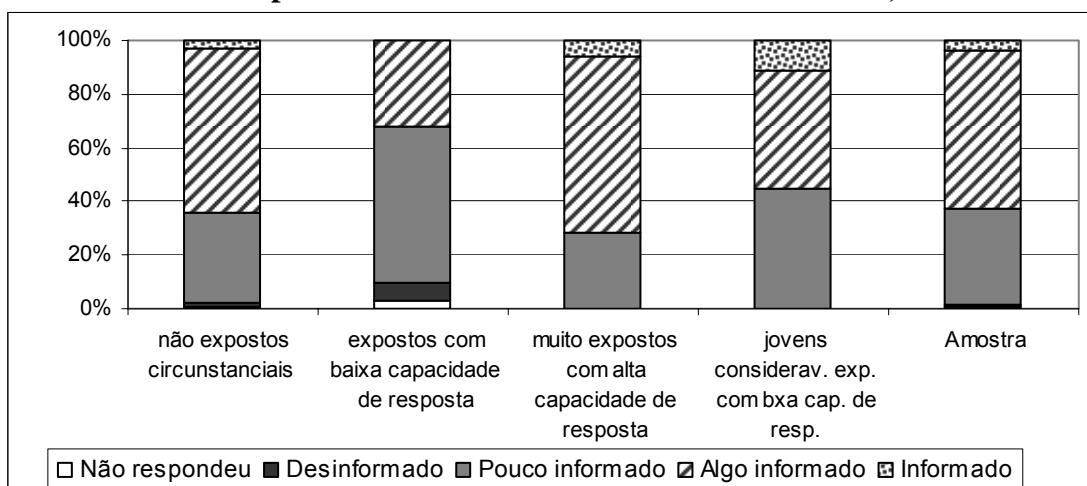
Fonte dos dados básicos: “Pesquisa sobre Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/AIDS” (Ministério da Saúde - SAS - PNDST/AIDS, 1998).

GRÁFICO A.5: Classe econômica dos indivíduos de 16 a 19 anos aninhados nos perfis selecionados e na amostra total - Brasil, 1998.



Fonte dos dados básicos: “Pesquisa sobre Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/AIDS” (Ministério da Saúde - SAS - PNDST/AIDS, 1998).

GRÁFICO A.6: Informação sobre HIV/AIDS por parte dos indivíduos de 16 a 19 anos aninhados nos perfis selecionados e na amostra total - Brasil, 1998.



Fonte dos dados básicos: “Pesquisa sobre Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/AIDS” (Ministério da Saúde - SAS - PNDST/AIDS, 1998).