

Saúde e Sociedade

ISSN: 0104-1290

ISSN: 1984-0470

Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
Associação Paulista de Saúde Pública.

Mafra, Rogério Luís Pereira; Pereira, Ediléa Dutra; Varga,
István van Deursen; Mafra, Welma Cristina Barbosa

Aspectos de gênero e vulnerabilidade ao HIV/aids entre usuários de dois dos
Serviços de Atendimento Especializado em DST/aids de São Luís, Maranhão¹

Saúde e Sociedade, vol. 25, núm. 3, 2016, Julho-Setembro, pp. 641-651

Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Associação Paulista de Saúde Pública.

DOI: 10.1590/S0104-129020162580

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263849011>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

Aspectos de gênero e vulnerabilidade ao HIV/aids entre usuários de dois dos Serviços de Atendimento Especializado em DST/aids de São Luís, Maranhão¹

Aspects of gender and vulnerability to HIV/AIDS among users of two of specialized services assistance in DST/AIDS of São Luís, Maranhão, Brazil

Rogério Luís Pereira Mafra

Universidade Federal do Pará. Escola de Aplicação. Belém, PA, Brasil.

E-mail: rogerio_mafra@yahoo.com.br

Ediléa Dutra Pereira

Universidade Federal do Maranhão. Departamento de Geociências/Centro de Ciências Humanas. São Luís, MA, Brasil.

E-mail: edileap@gmail.com

István van Deursen Varga

Universidade Federal do Maranhão. Departamento de Sociologia e Antropologia/Centro de Ciências Humanas. São Luís, MA, Brasil.
E-mail: ivarga@uol.com.br

Welma Cristina Barbosa Mafra

Universidade Federal do Pará. Faculdade de Educação. Belém, PA, Brasil.

E-mail: welmamafra@ufpa.br

Resumo

Foram pesquisados os fatores que contribuem para a vulnerabilidade de homens e mulheres que vivem com HIV/aids, usuários dos Serviços de Atendimento Especializado (SAE) em DST/aids, se examinando as diferenças sociodemográficas e epidemiológicas, além de seu acolhimento e acesso ao diagnóstico e tratamento. Realizou-se um estudo observacional, descritivo e de corte transversal, em que foram entrevistados 248 indivíduos, entre outubro e dezembro de 2007. Para análise, empregou-se o teste do qui-quadrado de Pearson e a análise multivariada através da técnica CHAID (nível de significância de 5%), observando-se as variações por sexo. Percebeu-se que alguns elementos de ordem individual, social e programática, incluindo questões de gênero, contribuíram de maneira significativa para a vulnerabilidade dos entrevistados. Observaram-se importantes diferenças entre homens e mulheres, considerando: emprego e renda, total de parcerias e uso de preservativo. A forma de acolhimento e acesso ao diagnóstico e tratamento nos SAE se apresentou como um elemento de incremento de vulnerabilidade, por não promover um atendimento integral aos usuários. Identificaram-se, ainda, aspectos de vulnerabilidade diferencial no grupo das mulheres em relação ao “uso do preservativo após o diagnóstico”, associado ao tipo de parceria (fixa ou não) e ao “entendimento do que lhe diz o infectologista durante as consultas”, o qual esteve relacionado diretamente ao tempo de atendimento

Correspondência

Rogério Luís Pereira Mafra

Avenida Perimetral, 1000, Montese. Belém, PA, Brasil. CEP 66095-780.

¹ Pesquisa financiada pela Unesco através da chamada para seleção de pesquisas sobre população negra e HIV/Aids n° 2/2005, do Programa Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde/Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR)/UNESCO.

no SAE. Nesse sentido, um caminho para a diminuição da vulnerabilidade perpassa pela busca da equidade de gênero e de etnia, com vista à melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Palavras-chave: HIV/aids; Vulnerabilidade; Gênero; Acolhimento; Acesso e Tratamento.

Abstract

We examine factors that contribute to the vulnerability of men and women living with HIV/AIDS, users of the Serviço de Atendimento Especializado em DST/AIDS (SAE), examining demographic and epidemiological differences as well as their reception and access to diagnosis and treatment. We conducted an observational, descriptive and cross-sectional study, in which 248 individuals were interviewed between October and December of 2007. We applied the chi-square test and multivariate analysis by CHAID technique (significance level of 5%). We established a classification by sex. We felt that some elements of an individual, programmatic and social level, including gender, contributed significantly to the vulnerability of the respondents. We observed substantial differences between men and women, considering: employment and income, total partners and condom use. The manner of shelter and access to diagnosis and treatment in the SAE is presented as an element of increased vulnerability, for not promoting a comprehensive service to the users. We identified aspects of differential vulnerability of women in the group over the “condom use after diagnosis”, associated with the type of partnership (steady or not) and “understanding of what it is been said during the consultations”, which was directly related to service time at SAE. In this sense, a way to reduce vulnerability pervades the pursuit of gender equity, ethnicity, to improve the quality of life.

Keywords: HIV/AIDS; Vulnerability; Gender; Reception; Access and Treatment.

Introdução

A síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) foi, em um primeiro momento, apresentada à sociedade como uma doença proveniente dos excessos, dos desvios, do anormal ou do pecado. Por esse motivo, seus primeiros acometidos foram colocados em uma situação de rechaço e descrédito, sendo tratados com estigma e preconceito.

Todavia, a aids não se situou apenas entre esses e/ou aqueles “grupos”, mas sim, se popularizou ao longo desses mais de 25 anos, acometendo homens, mulheres, idosos e crianças; heterossexuais, homossexuais; abastados e pobres; devotos e agnósticos.

A aids é uma entidade clínica real que encontrou a todos desprevenidos, em situação de maior ou menor vulnerabilidade e expôs a ignorância humana e o preconceito. É uma doença complexa que engloba a forma de viver as relações afetivas, seu jogo de poder, as expressões do sexo e a busca pelo prazer. Seu enfrentamento colocou na ordem do dia a discussão acerca da sexualidade, revelou as desigualdades entre homens e mulheres e apontou um quadro de progressivo aumento do adoecimento feminino.

A vulnerabilidade feminina diante da epidemia de aids encontra suas bases em uma histórica sociedade patriarcal, na qual cabe à mulher os papéis de esposa, mãe e cuidadora. Soma-se a isso a vulnerabilidade biológica feminina, uma vez que em relações heterossexuais, a mulher é até quatro vezes mais vulnerável à infecção que o homem, porque: a) a zona de exposição ao vírus durante a relação sexual é de maior superfície na mulher; b) a maior quantidade de fluidos são transferidos do homem para a mulher; c) a quantidade de vírus contidos no sêmen é maior que nos fluidos vaginais; d) ocorrem microfissuras no tecido vaginal ou retal durante a penetração; e) as infecções de transmissão sexual (ITS), cofatores de infecção por HIV, são mais frequentemente assintomáticas e não tratadas em mulheres que em homens, o que deixa mais frágil a mucosa vaginal, permitindo a entrada de vírus, mais ainda nas adolescentes, cujo aparato genital, todavia, está imaturo (Garcia-Sánchez, 2004; Matlin; Spence, 2000).

Acrescente-se que as mulheres, de modo geral, mantêm relações sexuais com homens mais velhos,

em faixas de idade em que predominam os mais elevados níveis de prevalência de HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis (Silveira et al., 2002).

E é nessa mesma sociedade, através de seus seculares códigos de conduta, nos quais se acredita que o homem precisa ser forte, viril, autossuficiente e profundo conhecedor do sexo (Gupta, 2000) que se verifica que as questões de gênero têm seu verso e réverso, expondo tanto homens quanto mulheres, cada um a sua maneira, à situações de vulnerabilidade.

A naturalização desse modelo de gênero pode causar impacto à saúde, pois para cumprir os padrões do que é ser homem e/ou mulher, ambos têm de desempenhar uma prática sexual que, por vezes, lhes é nociva do ponto de vista de risco às DST e à própria vida (Taquette; Vilhena; Paula, 2004).

Nesse sentido, este trabalho tem como objetivo analisar as diferenças entre homens e mulheres vivendo com o HIV, usuários de dois Serviços de Atendimento Especializado em DST/aids em São Luís, Maranhão, em relação aos aspectos individuais, sociais e institucionais, a partir da perspectiva de gênero.

Assim, pretende-se:

- a. examinar as diferenças sociodemográficas e epidemiológicas entre homens e mulheres soropositivos para o HIV, acompanhados em dois dos Serviços de Atendimento Especializado em DST/aids no município de São Luís;
- b. identificar as variáveis que contribuem de maneira diferenciada para a vulnerabilidade de homens e mulheres que vivem com HIV/aids à (re)infecção e ao adoecimento;
- c. analisar o acolhimento de homens e mulheres e o acesso ao tratamento do HIV/aids no Serviço de Atendimento Especializado em DST/aids no município de São Luís.

Metodologia

Este artigo é parte integrante da Dissertação de Mestrado intitulada “Aspectos de gênero e vulnerabilidade ao HIV/aids entre usuários de dois dos Serviços de Atendimento Especializado em DST/aids de São Luís, Maranhão” defendida no Mestrado

em Saúde e Ambiente da Universidade Federal do Maranhão, um dos subprodutos do projeto “Acolhimento e acesso ao diagnóstico e tratamento do HIV/aids para a população negra, no Maranhão e em São Paulo” (Varga, 2005).

A Unidade de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico (UPDT) do Programa Nacional de DST/aids, priorizando a obtenção de dados quantitativos que demonstrassem ou refutassem, com rigor estatístico, a tese da presença de práticas racistas em serviços de saúde, impôs uma profunda reformulação do projeto “Acolhimento e acesso ao diagnóstico e tratamento do HIV/aids para a população negra, no Maranhão e em São Paulo”, de modo que o novo projeto² passou a ter como universo populacional os usuários de dois Serviços de Atendimento Especializado em DST/aids (SAE) em São Luís: o do Hospital Presidente Vargas (HPV), gerenciado pelo governo do estado, com aproximadamente 1.355 pacientes inscritos, e o do Centro de Saúde de Fátima (CSF), com 720 pacientes cadastrados e gerenciado pelo município de São Luís, num total de 2.075 usuários.

Trata-se de um estudo observacional, descritivo e de corte transversal. Utilizamo-nos de uma adaptação do instrumento de coleta de dados da pesquisa internacional multicêntrica, denominada Enhancing Care Initiative (ECI), a partir da realização de um pré-teste, com base no qual foram feitas as adaptações necessárias ao questionário, para sua aplicação definitiva.

Utilizou-se uma amostra de conveniência, em que se buscou o maior número de indivíduos no período de tempo previsto para a coleta de dados (amostra de casos consecutivos), conforme Hulley e Cummings (apud Lopes, 2003). Os pacientes que aguardavam sua consulta foram convidados a participar da pesquisa, excluindo-se menores de 18 anos de idade, pessoas que estivessem se sentindo mal ou sem condições físicas e mentais para participar. As pessoas que aceitassem participar da pesquisa eram encaminhadas, individualmente, para uma sala reservada, onde era realizada a entrevista.

A amostra final envolveu 156 usuários do Hospital Presidente Vargas e 92 do Centro de Saúde de Fátima, num total de 248 usuários entrevistados,

² cf. Varga (2007).

entre 22 de outubro e 7 de dezembro de 2007, em todos os dias da semana e todos os períodos de atendimento, de modo a representar a população atendida no serviço.

Estabeleceu-se uma classificação por sexo. Para as variáveis nominais ou categóricas, empregou-se o teste do qui-quadrado de Pearson com nível de significância de 5% para comparar proporções. A análise multivariada foi realizada a partir da técnica CHAID (Chi-squared Automatic Interaction Detector), que classifica hierarquicamente os indivíduos. Os resultados são apresentados graficamente na forma de uma árvore de classificação. A análise estatística utilizou os programas SPSS 16.0 (Statistical Package for the Social Sciences).

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do Hospital Universitário Presidente Dutra e cumpre os princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki. O termo de consentimento livre e esclarecido pré-informado foi elaborado de acordo com as regras estabelecidas pela Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Resultados e discussão

Houve um equilíbrio proporcional entre homens e mulheres entrevistados (50%). No Maranhão, a distribuição de casos de pessoas vivendo com HIV por sexo é de 66% homens e 34% mulheres. Percebe-se, nos últimos anos, uma significativa diminuição da razão por sexo (H:M), passando de 8,4:1 em 1992 e 1994 para 1,2:1 em 2007 (Maranhão, 2008).

A idade média dos indivíduos analisados foi de 37,549,86 anos. A faixa de etária de 26 a 45 anos é representada por 71,8% dos homens e 73,4% das mulheres, em conformidade aos dados estaduais para a população de indivíduos soropositivos para o HIV, em que predominam indivíduos entre 20 e 49 anos (Maranhão, 2008).

Os(as) negros(as) constituíram 80,2% dos entrevistados, enquanto os(as) não negros(as) totalizam 19,8%. Esses dados refletem a realidade racial maranhense e ludovicense. Segundo o IBGE (2000), com base no Censo de 2000, 72% da população ma-

ranhense é composta por negros(as). Em São Luís, esse percentual chega a 69%.

Apresentaram menos de oito anos de estudo 40,4% dos homens e 45% das mulheres pesquisadas. Entretanto, esta pesquisa apresentou um percentual ligeiramente menor que os dados observados na população de pessoas vivendo com HIV para o estado do Maranhão, em que 52,7% do sexo masculino e 63,1% do feminino possuem menos de 8 anos de estudo (Maranhão, 2008).

Tabela 1 – Distribuição da população soropositiva para o HIV por trabalho, renda e contribuição para o orçamento familiar, segundo sexo em São Luís – 2007

Variável	Masculino	Feminino	Total
	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)
Trabalho			
Emprego fixo	23 (18,5)	12 (9,7)	35 (14,1)
"Bicos"	30 (24,2)	24 (19,4)	54 (21,8)
Desempregado	34 (27,4)	43 (34,6)	77 (31,0)
Aposentado(a)	9 (7,3)	3 (2,4)	12 (4,8)
Não trabalha fora/	10 (8,1)	26 (21,0)	36 (14,6)
Do lar			
Só estuda	0 (0,0)	1 (0,8)	1 (0,4)
Outro	18 (14,5)	15 (12,1)	33 (13,3)
Total [Nº (%)]	124 (100,0)	124 (100,0)	248 (100,0)
<i>X² Pearson=16,560; p<0,001 (6 g. l.)</i>			

Renda individual mensal			
Até 1 SM	21 (16,9)	24 (19,4)	45 (18,1)
Mais de 1 a 3 SM	71 (57,3)	47 (37,9)	118 (47,6)
Mais de 3 a 5 SM	5 (4,0)	1 (0,8)	6 (2,4)
Mais de 5 a 7 SM	1 (0,8)	2 (1,6)	3 (1,2)
Mais de 7 a 9 SM	2 (1,6)	0 (0,0)	2 (0,8)
Mais de 9 SM	1 (0,8)	0 (0,0)	1 (0,4)
Desempregado/não trabalha	19 (15,3)	49 (39,5)	68 (27,4)
Não quer informar	1 (0,8)	0 (0,0)	1 (0,4)
Não sabe informar	3 (2,4)	1 (0,8)	4 (1,6)
Total [Nº (%)]	124 (100,0)	124 (100,0)	248 (100,0)
<i>X² Pearson=26,317; p<0,001 (8 g. l.)</i>			

No exercício de atividades remuneradas (formais ou informais), percebeu-se que os homens se apresentaram em número maior que as mulheres, pois 42,7% dos homens relataram possuir emprego fixo ou realizar "bicos". Entre as mulheres, esse

percentual foi de 29,1%. Destaca-se, ainda, que 19,4% das mulheres recebem menos de 1 salário mínimo e 39,5% relataram estar desempregadas e/ou não trabalham (Tabela 1).

Essa situação de exclusão do mercado de trabalho possivelmente ocasiona importantes impactos negativos na renda individual e/ou familiar. Para além disso, Gupta (2000) reconhece que a dependência financeira feminina incrementa sua vulnerabilidade ao HIV, com impactos que podem ampliar as situações de violência e influência direta em sua saúde física e mental.

A renda individual de 47,6% da população de pessoas vivendo com HIV pesquisada varia entre 1 e 3 salários mínimos (Tabela 1). Enquanto 57,3% dos homens estão nessa faixa salarial, entre as mulheres, esse percentual chega apenas a 37,9% ($p<0,001$). A diferença entre os grupos está situada nessa faixa de rendimento e entre aqueles que estão desempregados e não trabalham.

Os dados observados corroboram com o histórico papel da mulher no cuidado familiar, uma vez que, entre elas, 71% cuidam da preparação da comida, limpeza e higiene do lar, saúde de 1 a 3 pessoas, enquanto entre os homens esse percentual é de apenas 48,8% (Tabela 2). De fato, 95,2% das mulheres cuidam, além de si mesmas, de mais pessoas. Por outro lado, 37,4% dos homens ($p<0,000$) não cuidam de ninguém, além de si próprios.

A sobrecarga de trabalho que a maioria das mulheres experimenta no trabalho formal, informal e/ou “simplesmente” nas atividades do lar e sua relação com o papel tradicional de cuidadora, associado à frequente condição de pobreza, discriminação, falta de conhecimento e acesso a serviços básicos contribui, segundo Villela e Sanematsu (2003), para uma maior taxa de mortalidade das mulheres com aids.

Afirmaram possuir alguma forma de relacionamento estável (casados, moram juntos, namoram ou tem “caso” fixo) 46% dos homens e 44,4% das mulheres. Relataram estar solteiros(as) sem parceiras(os) 43,5% dos homens e 33,9% das mulheres (Tabela 2).

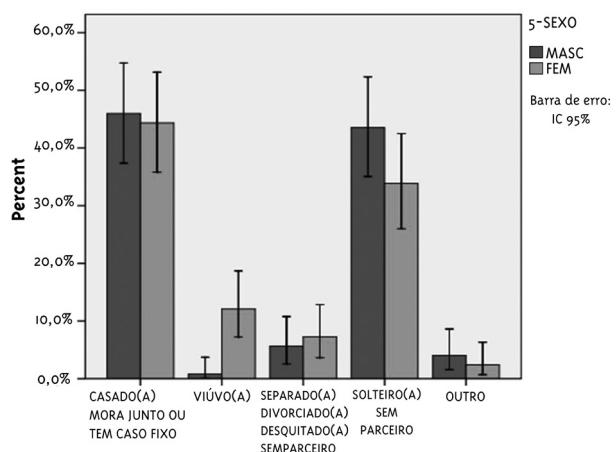
Contudo, considerando a variável estado civil, a diferença entre os grupos ($p<0,006$) se encontra no estrato de viúvos(as) (Gráfico 1), em que 94% são mulheres (são 15 mulheres e apenas 1 homem), sugere-

rindo uma reflexão sobre a mortalidade masculina em decorrência da aids.

Tabela 2 – Distribuição da população soropositiva para o HIV por características de familiares, segundo sexo, em São Luís – 2007

Variável	Masculino Nº (%)	Feminino Nº (%)	Total Nº (%)
De quantas pessoas você cuida			
Nenhuma			
1-3	46 (37,4)	5 (4,0)	51 (20,6)
4-6	60 (48,8)	88 (71,0)	148 (59,9)
7 ou mais	13 (10,6)	22 (17,7)	35 (14,2)
Não se aplica	1 (0,8)	8 (6,5)	9 (3,6)
Total [Nº (%)]	123 (100,0)	124 (100,0)	247 (100,0)
X^2 Pearson = 47,014; $p<0,000$ (4 g. l.)			
Estado civil			
Casado(a), mora junto ou tem “caso” fixo	57 (46,0)	55 (44,4)	112 (45,2)
Viúvo(a)	1 (0,8)	15 (12,1)	16 (6,5)
Separado(a), divorciado(a), desquitado(a), sem parceiro	7 (5,6)	9 (7,3)	16 (6,5)
Solteiro(a) sem parceiro	54 (43,5)	42 (33,9)	96 (38,7)
Outro	5 (4,0)	3 (2,4)	8 (3,2)
Total [Nº (%)]	124 (100,0)	124 (100,0)	248 (100,0)
X^2 Pearson = 14,536; $p<0,006$ (4 g. l.)			

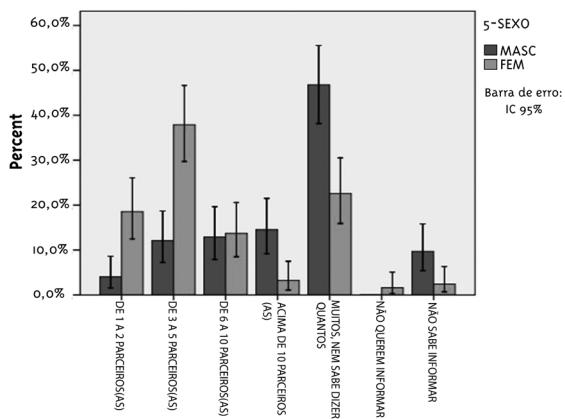
Gráfico 1 – Estado civil da população soropositiva para o HIV, segundo sexo, em São Luís – 2007



A partir dos dados coletados, também é possível perceber aspectos da construção social, cultural e histórica de gênero quando se observa a quantidade

de parcerias sexuais dos entrevistados no decorrer de sua vida (Gráfico 2): 37,9% das mulheres afirmaram que tiveram entre 3 e 5 parceiros(as) sexuais ao longo da vida, até a época da entrevista, enquanto a maioria dos homens (46,8%) revelaram terem tido muitos parceiros(as), tantos que nem sabiam dizer quantos ($p<0,000$).

Gráfico 2 – Total de parcerias性uals da população soropositiva para o HIV, segundo – 2007



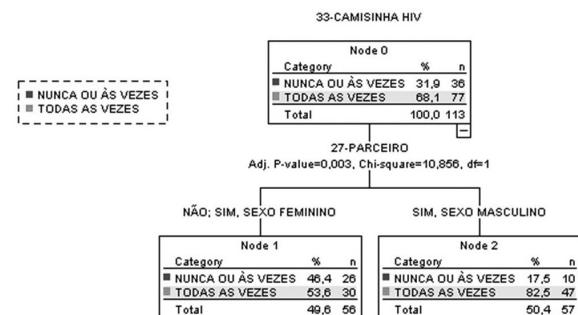
Essas expressões de gênero e poder se refletem também no uso de preservativos, pois um número significativo de mulheres (31,9%) não o utiliza ou o utiliza de maneira inconsistente ($p<0,009$), mesmo após o resultado positivo para o HIV (Tabela 3). Isso tem sérias implicações tanto em relação a parceiros soropositivos – no caso de reinfecção – quanto nas parcerias sorodiscordantes, no caso de infecção do parceiro.

Tabela 3 – Distribuição da população soropositiva para o HIV por frequência de uso da camisinha após resultado positivo para o HIV, segundo – 2007

Variável	Masculino	Feminino	Total
	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)
Frequência de uso da camisinha após resultado positivo para o HIV			
Nunca ou às vezes	20 (16,9)	36 (31,9)	56 (24,2)
Todas as vezes	98 (83,1)	77 (68,1)	175 (75,8)
Total [Nº (%)]	118 (100,0)	113 (100,0)	231 (100,0)
X ² Pearson = 6,986; p"0,009 (1 g.l.)			

Entretanto, a análise dessa variável (“uso de preservativo após o diagnóstico”) através da técnica CHAID nos revela interações importantes, uma vez que apresenta como fator preditor a variável “se possui parceiro(a) fixo(a) atualmente” (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Fatores estatisticamente relacionados ao uso de preservativo após o diagnóstico positivo para o HIV, entre mulheres soropositivas para o HIV usuárias dos dois SAE pesquisados em [...] São Luís – 2007



Entre as mulheres que relataram possuir parceiro fixo, totalizam 82,5% as que afirmaram fazer uso do preservativo todas as vezes (ramificação 2). Já entre as mulheres que apontaram não possuir parceiro fixo e as que possuem parcerias fixas do mesmo sexo (ramificação 1), o percentual que afirmou usar o preservativo em todas as relações após o diagnóstico foi de apenas 53,6% ($p<0,003$).

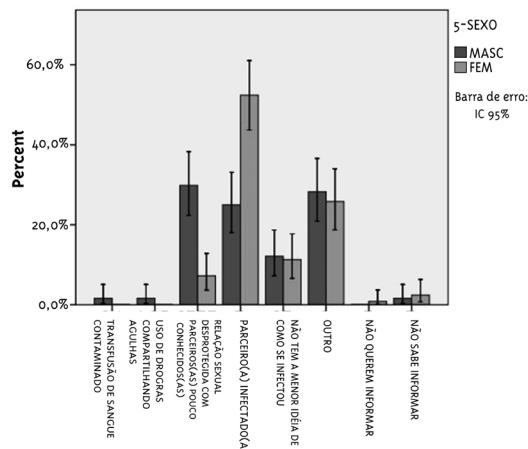
Lopes (2003) observou comportamento diferente em relação ao uso de preservativo após o diagnóstico entre mulheres negras e não negras no estado de São Paulo. Entre as mulheres negras, o uso do preservativo foi influenciado pela “sorologia do parceiro atual” e pelo “número de pessoas que ela cuidava”. Para as mulheres não negras, a “facilidade em obter o preservativo no serviço de saúde em que se trata” foi fator preditor para seu uso.

Isso indica que a abordagem terapêutica a ser desenvolvida nos SAE precisa ser planejada e executada de modo a fazer o enfretamento do uso inconsistente do preservativo em relações de parcerias não fixas, contribuindo, assim, para a diminuição da incidência de casos, além de reduzir a possibilidade de reinfecção e suas consequências.

O serviço de saúde solicitou o exame de 52,4% dos homens e 40,3% das mulheres, pelo fato de terem adoecido. Por causa do adoecimento do parceiro, o teste foi solicitado para 15,3% das mulheres ($p<0,002$). Apenas 7,7% dos entrevistados decidiram fazer a testagem por precaução, o que corrobora com a tese de que a aids ainda é vista como uma “doença do outro” (Sanches, 1999), incrementando assim sua vulnerabilidade.

Questionados sobre como acreditavam terem contraído o HIV, 29,8% dos homens responderam que foi através de relações sexuais desprotegidas com parcerias pouco conhecidas (Gráfico 4). Já para 52,4% das mulheres, foi o parceiro que as infectou ($p<0,000$).

Gráfico 4 – Como a população de São Luís soropositiva para o HIV acredita ter adquirido o vírus, segundo – 2007



Paiva et al. (1998) e Villela e Sanematsu (2003), em seus estudos, também observaram que a maioria das mulheres foi infectada pelo parceiro.

Durante a entrega do resultado do teste anti-HIV, o profissional de saúde conversou na mesma hora sobre o assunto com 81,5% das mulheres (Tabela 4). Esse percentual diminui para 68,5% em relação aos homens. Destaca-se que quase 10% dos testes dos homens foram recebidos por outras pessoas ($p<0,037$).

A quebra do sigilo e confidencialidade em decorrência da entrega do resultado para outra pessoa e a ausência de orientação sobre a nova condição de vida são violações de direitos e seguem em direção contrária às prerrogativas de humanização do atendimento.

Mais da metade dos entrevistados afirmou nunca ter sido atendido, no serviço de saúde em que é assistido, por enfermeiro(a), dentista, nutricionista, fisioterapeuta ou terapeuta ocupacional. Além disso, somam 27% os entrevistados que revelaram nunca terem recebido atendimento do serviço social e 40,7% da psicologia, o que revela uma carência na oferta de atendimento clínico e psicossocial a esses indivíduos.

Tabela 4 – Distribuição da população de São Luís vivendo com HIV por cuidados recebidos por ocasião do teste anti-HIV, segundo – 2007

Variável	Masculino	Feminino	Total
	N°. (%)	N°. (%)	N°. (%)
Atitude do profissional ao entregar o resultado			
Só entregou o resultado e não disse nada	11 (8,9)	7 (5,6)	18 (7,3)
Conversou na mesma hora sobre o assunto	85 (68,5)	101 (81,5)	186 (75,0)
Marcou nova consulta para conversar sobre o assunto	0 (0,0)	3 (2,4)	3 (1,2)
Só encaminhou para outro serviço com carta e/ou consulta marcada	6 (4,8)	4 (3,2)	10 (4,0)
Só orientou que procurasse outro serviço, sem dar carta ou marcação de consulta	4 (3,2)	3 (2,4)	7 (2,8)
Marido/esposa recebeu o teste	2 (1,6)	0 (0,0)	2 (0,8)
Outra pessoa recebeu o teste	12 (9,7)	2 (1,6)	14 (5,6)
Outro	4 (3,2)	4 (3,2)	8 (3,2)
Total [N°. (%)]	124 (100,0)	124 (100,0)	248 (100,0)
χ^2 Pearson = 14,951; $p^{*} 0,037$ (7 g. l.)			

Observou-se, ainda, que 85,5% das mulheres entrevistadas afirmaram que jamais tiveram, no serviço de saúde em que são acompanhadas, atendimento com ginecologista, ou mesmo foram encaminhadas a esse serviço. Esse fato é preocupante, considerando que o HIV/aids é uma DST e que mais

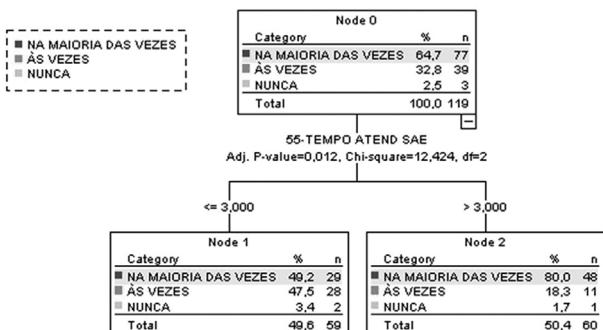
de 70% das mulheres pesquisadas são atendidas há mais de um ano no serviço de saúde.

Quando questionados sobre ter facilidade em entender o que o clínico/infectologista diz, foram observadas diferenças significativas entre homens e mulheres: 77,5% os homens que afirmaram ter facilidade em entender na maioria das vezes o que lhes é dito pelo profissional contra 64,7% das mulheres. Além disso, 32,8% das mulheres relataram entender apenas às vezes o que é dito pelo infectologista, ao passo que 2,5% relataram nunca entender o que diz esse profissional durante seu atendimento ($p<0,035$).

Assim, “é importante reiterar que, ao perder a oportunidade de se fazer entender, os profissionais deixam de contribuir para a melhoria da qualidade de vida da mulher” (Lopes; Buchalla, 2002, p. 6) e demais usuários, além de incrementar sua vulnerabilidade à reinfecção e ao adoecimento.

A variável “há quanto tempo é atendido no serviço de saúde em que faz o tratamento do HIV” se apresentou como fator relacionado à “facilidade em entender o que o infectologista diz” (Gráfico 5).

Gráfico 5 – Fatores estatisticamente relacionados a entender o que diz o infectologista/clínico durante as consultas, entre mulheres soropositivas para o HIV usuárias dos dois SAE pesquisados em São Luís – 2007



Considerando as mulheres que afirmaram entender o que o infectologista lhes diz durante as consultas na maioria das vezes, chega a 80% o percentual daquelas que são atendidas há mais de 3 anos nos SAE (ramificação 2). Por outro lado, entre as mulheres que possuem até 3 anos de atendimen-

to nos SAE (ramificação 1), esse percentual foi de apenas 49,2% ($p<0,012$).

Desse modo, é possível afirmar que o tempo de atendimento foi fator importante no entendimento das usuárias sobre o que lhes diz o infectologista durante as consultas. Quanto maior o tempo de atendimento, maior o percentual de entendimento.

Os resultados obtidos por Lopes (2003), no que tange à compreensão das entrevistadas em relação ao que lhes diz o infectologista durante as consultas, também se apresentaram relacionados a outros fatores. Para as mulheres negras, a autora identificou a influência da “facilidade em tirar dúvidas com o infectologista” e o “nível de escolaridade”. Entre as não negras, a “facilidade em tirar dúvidas com o infectologista” e a “renda individual mensal” foram os fatores preditores para seu entendimento durante as consultas.

Logo, parece oportuna a busca por estratégias de intervenção que coloquem em destaque a importância da clareza no diálogo entre profissionais de saúde e pacientes, principalmente nos primeiros anos de acompanhamento clínico, uma vez que o entendimento daquilo que é dito durante as consultas pode contribuir significativamente para a adesão ao tratamento.

Conclusões

Apresentaram diferenças estatisticamente significantes entre homens e mulheres as seguintes variáveis: número de pessoas que vivem na mesma residência; ocupação; renda individual mensal; contribuição da renda individual para renda familiar mensal; número de pessoas que cuida; quem ajuda a cuidar das outras pessoas; estado civil; número de parcerias sexuais durante toda vida; uso do preservativo; uso do preservativo para evitar filhos; motivo da solicitação do exame anti-HIV; como contraiu o HIV; atitude do profissional que entregou o resultado do teste; facilidade em entender o que o clínico/infectologista diz; frequência no serviço de saúde.

A proporção de homens que moram sozinhos é maior que a das mulheres. Por outro lado, as mulheres vivem em residências com maior densidade

populacional. Os homens representam maioria no exercício de atividades remuneradas, sejam elas formais ou informais, enquanto as mulheres representam a maioria dos indivíduos que não exercem atividades remuneradas.

Na faixa de renda predominante (1 a 3 salários mínimos) há maior proporção de homens que mulheres. As mulheres respondem pela maioria dos indivíduos que estão desempregados/não trabalham. Quando se analisa a variável “contribuição individual para a renda familiar”, se percebe que a diferença entre homens e mulheres é mais bem expressa pelo percentual de mulheres que não contribuem para a renda familiar mensal.

O papel da mulher no cuidado familiar é bem delimitado. São 95,2% delas que cuidam, além de si mesmas, de mais pessoas na casa. Quanto aos homens, destacam-se os que não cuidam de nenhuma pessoa além de si mesmos. As mulheres em sua maioria não recebem ajuda no cuidado com a casa e a família, mas quando recebem, têm os afazeres compartilhados com os filhos(as) e com os pais e/ou irmãos. Os homens recebem auxílio no cuidado com a casa da esposa ou companheira e dos pais e/ou irmãos.

A diferença no estado civil é bem delimitada, percebida pela proporção de viúvos(as), em que a maioria, mais de 90%, são mulheres. A quantidade de parcerias sexuais foi menor entre as mulheres. Entre os homens se destacam relações com um maior número de parcerias, tantos que nem sabiam dizer quantas. O uso de preservativos para evitar a transmissão/contágio ou como método para evitar filhos foi maior entre os homens. Entre as mulheres, se destacam as que afirmaram não utilizar preservativo ou utilizá-lo de maneira inconsistente. A maioria dos exames solicitados foi devido a seu próprio adoecimento, com maior número entre os homens. O adoecimento do parceiro como motivo para a solicitação do serviço de saúde foi maior entre as mulheres. Um percentual pequeno decidiu fazer o exame por precaução.

Os homens acreditam ter contraído o HIV através de relações性uais desprotegidas com parcerias pouco conhecidas. Já para as mulheres, foi o parceiro que as infectou. O consumo da ma-

conha foi maior entre os homens e o da cocaína foi relatado apenas por eles. Além disso, o consumo do cigarro também foi maior entre os homens. Durante a entrega do resultado do teste anti-HIV chama a atenção que um percentual significativo dos testes dos homens foram recebidos por outra pessoa. A proporção de mulheres que revelaram sua sorologia para os filhos foi maior que a dos homens. Por outro lado, o contrário se deu em relação à revelação aos amigos, com maior proporção de homens.

A maioria dos homens revelou ter facilidade em entender o que o clínico/infectologista diz na maioria das vezes. Destaca-se que entre os indivíduos que afirmaram entender apenas às vezes, houve um número maior de mulheres; entre os que relataram nunca entender o que diz o profissional durante seu atendimento, todos eram mulheres. Além dessas diferenças entre homens e mulheres, a variável “atendimento com ginecologista” foi analisada no grupo de mulheres, estratificado pelo local de atendimento e houve diferença entre o SAE do Hospital Presidente Vargas e o SAE do Centro de Saúde de Fátima.

O número de mulheres que relatou não ter sido atendida por ginecologista no serviço de saúde foi elevado em ambos os SAE em DST/aids. Porém, houve uma proporção ligeiramente maior de atendimentos no SAE do Centro de Saúde de Fátima. Seja por orientação médica ou não, ficou evidente que os homens frequentam o serviço de saúde em intervalos de tempo menor que as mulheres. Enquanto a maioria dos homens vai, no mínimo, uma vez por mês, merecem destaque as mulheres que revelaram ir ao serviço a cada 2 meses ou mais.

Dessa forma, embora a perspectiva de gênero seja um componente importante em ações governamentais ligadas à saúde, como exemplo o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da aids e Outras DST, as Políticas de Atenção Integral à Saúde do Homem e de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, percebe-se que os achados desta pesquisa reconhecem condições que podem denotar diferenciações no processo de vulnerabilização de homens e mulheres vivendo com HIV à (re)infecção e ao adoecimento por aids

em São Luís. Contudo, em nenhum momento houve a pretensão de indicar fatores preditores e/ou causais únicos desses processos.

Essas diferenciações entre homens e mulheres, percebidas nos níveis individual, social e programático, possivelmente têm contribuído para uma maior vulnerabilidade feminina. Todavia, não se pode afirmar que os aspectos de gênero tenham impactos negativos apenas para a saúde de mulheres, pois gera também impactos na saúde de homens que vivem com HIV/aids.

Desse modo, conclui-se que homens e mulheres apresentaram importantes diferenças, que podem implicar direta e indiretamente em sua vulnerabilidade à (re)infecção pelo HIV e ao adoecimento por aids, associadas a aspectos de gênero e poder, observadas através de: um maior número de mulheres fora do mercado de trabalho; a mulher como cuidadora; um maior número de parcerias sexuais relatado pelos homens; uma baixa percepção de risco, o uso inconsistente do preservativo e maior dificuldade feminina em entender o que o infectologista diz durante as consultas, sendo que, nesses dois últimos, foi possível perceber aspectos de vulnerabilidade diferencial (Parker; Camargo Jr., 2000) no grupo das mulheres.

Além disso, identificou-se também sérios problemas no acesso, acolhimento e tratamento dos usuários dos Serviços de Atendimento Especializado em DST/aids, expressos na: atitude do profissional durante a entrega do teste anti-HIV, baixo percentual de atendimento ao usuário por profissionais de enfermagem, odontologia, nutrição, fisioterapia, terapia ocupacional, ginecologia, além de se perceber relativa dificuldade no entendimento do que o infectologista diz ao usuário durante as consultas. Embora essas variáveis nem sempre tenham se diferenciado entre os grupos estudados, ferem o direito à saúde desta população e merecem atenção especial dos gestores da saúde municipal e estadual, de modo a sanar tais problemas.

Sendo assim, a identificação dessas diferenças no processo de vulnerabilização e os demais problemas ligados ao acesso, acolhimento e tratamento das pessoas vivendo com HIV e aids atendidas nos SAE na cidade de São Luís devem direcionar

políticas públicas na busca da equidade de gênero e acesso à saúde.

Entre essas ações, inserem-se atividades voltadas para: a sensibilização e envolvimento dos homens nas estratégias de prevenção das DST/aids e de enfrentamento da violência contra a mulher; o apoio a pesquisas que desenvolvam métodos de prevenção ao HIV controlados pelas mulheres; o enfrentamento da pobreza, condição essencial para o combate à epidemia; a implementação de uma educação sexual séria, não somente no universo da escola formal, se estendendo a outras esferas e locais, como associação de moradores, postos de saúde, clubes de pais e mães, espaços ecumênicos e sistema prisional, por exemplo; o fortalecimento, o aprimoramento e a ampliação do SUS nas ações de prevenção, promoção e assistência às DST/aids, através de um atendimento mais ético, democrático, humanizado e de boa qualidade, ou seja, de forma integral e equânime.

Nessa perspectiva, é condição sine qua non uma melhora na qualificação dos gestores e profissionais da saúde em relação às especificidades das questões de gênero, raça/cor, geração e outras que se refletem no acesso, acolhimento e adesão das pessoas que vivem com HIV/aids.

Referências

- GARCIA-SÁNCHEZ, I. Diferencias de género en el VIH/sida. *Gaceta Sanitaria*, Barcelona, v. 18, n. 2, p. 47-54, 2004.
- GUPTA, G. R. Gender, sexuality, and HIV/AIDS: the what, the why, and the how. In: INTERNATIONAL AIDS CONFERENCE, 13., 2000, Durban. *Anais...* Durban, 2000.
- IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo demográfico de 2000*. 2000. Disponível em: <www.ibge.gov.br/censo/>. Acesso em: 20 dez. 2008.
- LOPES, F. *Mulheres negras e não negras vivendo com HIV/AIDS no estado de São Paulo: um estudo sobre suas vulnerabilidades*. 2003. Tese (Doutorado

em Saúde Pública) - Faculdade Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

LOPES, F.; BUCHALLA, C. M. Cuidado médico, comunicação e vulnerabilidade de mulheres à reinfecção pelo HIV ou adoecimento por AIDS. In: INTERNATIONAL AIDS CONFERENCE, 14., 2002, Barcelona. *Anais...* Barcelona: Monduzzi, 2002. p. 274-278.

MARANHÃO. Secretaria de Estado da Saúde. *Boletim Epidemiológico DST/AIDS*. Ano 3. São Luís: Secretaria de Estado da Saúde, 2008.

MATLIN, S.; SPENCE, N. The gender aspects of the HIV/AIDS pandemic. In: EXPERT GROUP MEETING ON HIV/AIDS, 2000. *Anais...* Windhoek, Namibia, 2000.

PAIVA, V. et al. A vulnerabilidade das mulheres ao HIV é maior por causa dos condicionantes de gênero? *Cuadernos Mujer Salud*, n. 3, p. 34-38, 1998.

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

SANCHES, K. R. B. *A AIDS e as mulheres jovens: uma questão de vulnerabilidade*. 1999. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro, 1999.

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

TAQUETTE, R. S.; VILHENA, M. M.; PAULA, M. C. Doenças sexualmente transmissíveis e gênero: um estudo transversal com adolescentes no Rio de Janeiro. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 282-290, 2004.

VARGA, I. V. D. (Org.). *Acolhimento e acesso ao diagnóstico e tratamento do HIV/AIDS para a população negra, no Maranhão e em São Paulo (2005-2008)*. Projeto de pesquisa. Universidade Federal do Maranhão, Maranhão, 2005.

VARGA, I. V. D. *Acolhimento e acesso ao diagnóstico e tratamento do HIV/AIDS para a população negra, em dois SAE de São Luís/MA*. Projeto de Pesquisa. Universidade Federal do Maranhão, Maranhão, 2007.

Contribuição dos Autores

Mafra R. L. P e Mafra W. C. B foram responsáveis pela concepção do artigo. Pereira e Varga foram responsáveis pela revisão e orientação do trabalho.

Recebido: 02/04/2014

Aprovado: 03/07/2014