



Revista de Saúde Pública

ISSN: 0034-8910

revsp@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Silva, Valéria Nanci; d'Oliveira, Ana Flávia; Mesquita, Fábio
Vulnerabilidade ao HIV entre mulheres usuárias de drogas injetáveis
Revista de Saúde Pública, vol. 41, núm. 2, diciembre, 2007, pp. 22-30
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67240165006>

- [Como citar este artigo](#)
- [Número completo](#)
- [Mais artigos](#)
- [Home da revista no Redalyc](#)

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Valéria Nanci Silva^I

Ana Flávia d'Oliveira^{II}

Fábio Mesquita^{III}

Vulnerabilidade ao HIV entre mulheres usuárias de drogas injetáveis

Vulnerability to HIV among female injecting drug users

RESUMO

OBJETIVO: Analisar elementos da vulnerabilidade à infecção pelo HIV entre mulheres usuárias de drogas injetáveis.

MÉTODOS: Foram realizadas 13 entrevistas semi-estruturadas com mulheres usuárias (ou ex-usuárias) de drogas injetáveis, moradoras da Zona Leste do município de São Paulo, no ano de 2002. O roteiro das entrevistas abordou quatro eixos temáticos: contexto socioeconômico e relações afetivas, uso de drogas, prevenção contra a infecção pelo HIV e cuidados com a saúde. As entrevistas foram analisadas por meio de análise de conteúdo.

RESULTADOS: A pobreza, ausência de vínculos afetivos sólidos e continuados, expulsão da casa da família de origem e da escola, exposição à violência, institucionalização, uso de drogas, criminalidade e discriminação foram constantes nos relatos das entrevistadas. Esses elementos dificultaram a adoção de práticas de prevenção ao HIV como o uso de preservativos, seringas e agulhas descartáveis, e a busca de serviços de saúde.

CONCLUSÕES: A vulnerabilidade ao HIV evidencia a fragilidade da vivência efetiva dos direitos sociais, econômicos e culturais, o que demanda políticas voltadas para o bem-estar social de segmentos populacionais específicos como mulheres (crianças e adolescentes), de baixa renda, moradores da periferia, com pouco acesso a recursos educacionais, culturais e de saúde. Este acesso é dificultado especialmente àquelas que são discriminadas por condutas como o uso de drogas.

DESCRITORES: Síndrome de imunodeficiência adquirida, prevenção e controle. Mulheres. Vulnerabilidade em saúde. Gênero e saúde. Abuso de substâncias por via intravenosa, prevenção e controle.

^I Programa de Pós-graduação da Faculdade de Medicina (FM), Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, Brasil

^{II} Departamento de Medicina Preventiva. FM-USP. São Paulo, SP, Brasil

^{III} Macfarlane Burnet Centre for Medical Research. Melbourne, Austrália

Correspondência | Correspondence:

Valéria Nanci Silva
Instituto de Psicologia
Av. Prof. Mello Moraes, 1721
05508-030 São Paulo, SP, Brasil
E-mail: valerian@usp.br

Recebido: 8/8/2006

Revisado: 2/8/2007

Aprovado: 5/8/2007

ABSTRACT

OBJECTIVE: To assess some aspects of vulnerability to HIV infection in women users of injecting drugs.

METHODS: Thirteen semi-structured interviews were performed with female drug users (or former users) of injecting drugs, leaving in the East side of São Paulo, in 2002. The script of interviews approached four focal point issues: socioeconomic context and affective relationships, drug use, prevention against HIV and health care. Interviews were assessed through content analysis.

RESULTS: Poverty, absence of strong and continuous affective ties, being expelled from the family and school, exposure to violence, institutionalization, drug use, criminality, and discrimination were constant in interviewees' reports. These aspects made it difficult to adopt practices for HIV prevention such as the use of condoms, disposable syringes and needles, and looking for health care services.

CONCLUSIONS: Vulnerability to HIV infection makes it clear the fragility use have effective access to social, economic and cultural rights, requiring welfare policies of specific population segments such as women (children and adolescents), low income citizens, people living in the outskirts, with poor access to educational, cultural and health resources. This access is complicated especially for those that are discriminated by behaviors such as drug use.

KEY WORDS: Acquired immunodeficiency syndrome, prevention & control. Women. Health vulnerability. Gender and health. Substance abuse, intravenous, prevention & control.

INTRODUÇÃO

A incidência de casos de Aids cuja via de infecção foi o uso de drogas injetáveis diminuiu, entre 1994 a 2004, de 21,4% para 9,4% dos casos notificados no Brasil. Entre os homens, a redução foi de 27% para 13% e entre as mulheres, de 17% para 4,3%.* Esse fenômeno é compreendido pela mudança na disponibilidade das drogas ilícitas (crack) e políticas de prevenção.** No entanto, a redução do uso de drogas injetáveis como via de infecção varia conforme a localidade. Na Zona Leste da cidade de São Paulo, em 2005 o número dos casos de Aids atribuíveis ao compartilhamento de agulhas e seringas ultrapassava a soma das categorias bissexual e homossexual de transmissão.***

Nas últimas duas décadas, a noção de vulnerabilidade vem sendo desenvolvida e utilizada internacionalmente para o entendimento e enfrentamento da epidemia pelo HIV,³ denotando maior suscetibilidade ao HIV entre indivíduos ou populações desfavorecidas em relação

aos programas e serviços voltados ao problema e à proteção e promoção de seus direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais.

O uso de drogas, especialmente a cocaína aspirada, o crack e os psicofármacos de uso injetável permanecem como elementos importantes para vulnerabilidade ao HIV.****

A vulnerabilidade à infecção pelo HIV entre as mulheres usuárias de drogas injetáveis (UDI) é complexa e relativamente pouco conhecida. As mulheres UDI permanecem sob risco de infecção pelo HIV pelo compartilhamento de agulhas e seringas, sexo sem preservativo, prostituição^{12,18} e a vivência de situações de violência.^{5,13,14}

O objetivo do presente estudo foi analisar os elementos que podem contribuir para a vulnerabilidade à infecção ou re-infecção pelo HIV entre mulheres UDI.

* United Nations Office on Drugs And Crime. Brasil: perfil do país. Brasília; 2005 [Acesso em: 10/7/2007] Disponível em: <http://www.unodc.org/pdf/brazil/COUNTRY%20PROFILE%20Por.pdf>

** Boletim Epidemiológico - Aids. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2000; XIII (03). 36^a a 52^a Semanas Epidemiológicas.

*** Secretaria Municipal da Saúde. Boletim Epidemiológico de Aids/HIV/Hepatites B e C do Município de São Paulo. Dezembro, 2005; IX (9): 12-13.

**** United Nations Office on Drugs And Crime. Brasil: perfil do país. Brasília; 2005 [Acesso em: 10/7/2007] Disponível em: <http://www.unodc.org/pdf/brazil/COUNTRY%20PROFILE%20Por.pdf>

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O estudo foi realizado com mulheres usuárias (ou ex-usuárias) de drogas injetáveis, moradoras da Zona Leste do município de São Paulo, em 2002. Foram convidadas a participar do estudo 13 mulheres UDI. O convite foi feito por profissionais da saúde, chamados redutores de danos, que realizam atividades de prevenção à infecção pelo HIV. Foram conduzidas entrevistas semi-estruturadas, cujo roteiro abordava quatro eixos temáticos: contexto socioeconômico e relações afetivas, uso de drogas, prevenção contra a infecção pelo HIV e cuidados com a saúde.

As entrevistas, realizadas individualmente em sala do Serviço Especializado de Atendimento em HIV/Aids, tiveram duração de uma a duas horas.

As entrevistas foram gravadas e transcritas. As transcrições foram revisadas pela pesquisadora e os dados sistematizados segundo a técnica de análise de conteúdo,⁴ incluindo anotações de campo.

A análise de conteúdo compreende três etapas: pré-análise, decodificação e análise. A pré-análise visa organizar os dados coletados, passando por uma “leitura flutuante”, que consiste em ter um primeiro contato com o texto. A decodificação (classificações dos dados) é uma transformação dos dados brutos do texto em núcleos de sentido, utilizados para a realização da categorização. Por fim, a análise possibilita explicitar as ocorrências incongruentes e/ou relevantes que fundamentam a discussão pretendida, que está ancorada na noção de vulnerabilidade.

A partir da análise das entrevistas foram destacados os elementos que se relacionavam com a vulnerabilidade ao HIV e/ou com a fragilidade de proteção dos direitos das mulheres UDI.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Todas as entrevistadas assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

ANÁLISE DOS RESULTADOS

Contexto socioeconômico e relações afetivas

As entrevistadas residiam em favelas, casas com quintal compartilhado ou em pensão, duas delas com parceiros afetivos/sexuais e as demais, com familiares.

Doze das 13 entrevistadas não completaram o ensino fundamental e uma havia completado o ensino médio. Suas idades, ocupação e número de filhos estão descritas na Tabela 1. Onze das mulheres entrevistadas mencionaram também mendicância, assaltos e/ou tráfico de drogas como meios de subsistência.

Seis entrevistadas relataram detenção na Fundação Estadual do Bem-estar do Menor (Febem) e sete em penitenciárias.

“... porque nós pegamos muito dinheiro, pegamos muita droga e começamos a tomar. (...) É muita bagunça e o vizinho do lado do barraco chamou a polícia. E a polícia chegou na hora e todo mundo apanhou e foi todo mundo em cana. Ai eu fui para Febem entendeu?...” (Janete, 46 anos)

Apesar da experiência negativa de privação de liberdade, foram percebidos aspectos positivos da permanência nestes locais, como a possibilidade de aprendizado escolar ou profissional, denotando exclusão à escolarização e profissionalização a que estão expostas essas mulheres.

Tabela 1. Perfil sociodemográfico das entrevistadas. São Paulo, 2002.

Nome	Idade	Filhos	Ocupação
Maria	34 anos	3	Artesanato (móvel); roubo
Janete	46 anos	1	Profissional do sexo; roubo; artesanato; redução de danos; mendicância
Rosa	23 anos	0	Promotora em supermercado
Angélica	29 anos	4	Roubo; coletadora de papel; doméstica
Daniela	27 anos	2	Profissional do sexo; roubo
Ana	29 anos	4	Doméstica; profissional do sexo; roubo
Tânia	27 anos	1	Profissional do sexo; mendicância; doméstica
Amanda	46 anos	2	Artesanato; mendicância
Flavinha	33 anos	2	Zeladora do prédio
Adriana	33 anos	3	Profissional do sexo; roubo
Marijane	41 anos	3	Doméstica; roubo
Lua	40 anos	1	Balconista; profissional do sexo
Kátia	29 anos	3	Doméstica; roubo; profissional do sexo

“... Acho que cinco anos foi melhor, deu para aprender mais, bem mais. Deu para aprender mais, as coisas que eu fazia lá [na prisão], fazia bem para mente pro corpo. Melhor do que agora (...) na rua, trabalhei com artesanato, que faz cadeira, mesa, conjunto (...) que eu também aprendi na cadeia depois que eu saí eu fiquei trabalhando nisso...” (Maria, 34 anos)

Os vínculos familiares foram descritos com queixas de falta de afeto e cuidado. A figura paterna foi mencionada por sete entrevistadas: cinco delas conheceram o pai e duas foram criadas pelo padrasto. Embora a figura materna tenha sido mais presente, apenas duas não foram cuidadas pelos avós, tios e outros parentes durante algum período da vida. Três entrevistadas haviam ficado órfãs de pai ou mãe antes de completar 15 anos.

Em relação aos cuidados maternos das entrevistadas para com seus filhos, nove crianças estavam sob cuidados de familiares ou conhecidos e duas morreram. Os impedimentos mencionados para cuidados mais extensivos foram as prisões, o uso de drogas e/ou tratamento (três internadas em clínicas), carência econômica e falta de apoio familiar, especialmente dos parceiros.

“... aí larguei a minha filha com a minha mãe, com minha irmã. Aí me joguei, viajava muito, tomava muito baque [drogas pela via injetável]...” (Angélica, 29 anos)

“... não, o pai dele eu nem sei quem é. Eu não sei quem é o pai do meu filho. Porque foi numa época que eu tomava muito baque, entendeu? Eu morava na Praça da Sé, então eu era prostituta entendeu...” (Janete, 46 anos)

“... eu separei dele quando minha mãe morreu. Aí eu vim para São Paulo e ele ficou lá mesmo em Santos. Nunca mais eu soube dele (...) o Daniel de 16 anos que é o filho dele, não sei se ele é vivo, se não é, nunca mais soube dele...” (Maria, 34 anos)

As parcerias sexuais relatadas são múltiplas e temporárias, com diversos relatos de mortes e abandonos (por troca de parcerias e violência doméstica).

Episódios de violência familiar, incluindo a violência sexual antes dos 12 anos, foram narrados pelas entrevistadas e, para algumas delas, justificaram a vivência de situação de rua, prostituição, pequenos delitos e uso de drogas.

“... eu saí da minha casa eu tinha 12 anos de idade e aí eu fui para rua. Aí então eu comecei a cheirar cola e tudo quanto foi tipo né? (...) Aí minha mãe estava envolvida com outro homem entendeu e esse homem acabou fazendo o que comigo, acabou me estuprando. Então eu peguei e me revoltei, virei a minha cabeça né? E entrei no mundo da prostituição. Ali foi, ali naquela, que eu comecei a usar drogas e que eu injetei na boate a primeira vez....” (Tânia, 27 anos)

Onze das entrevistadas vivenciaram situações de violência física durante a vivência de situação de rua (uso de drogas e/ou prostituição) ou em outros contextos, envolvendo agressores diversos como: os parceiros sexuais, traficantes, amigos e outros usuários de drogas.

“(...) encostou o revólver na minha cabeça, agora você vai ser colocada na banca [sexo com todos os presentes]. Fazer o quê? Tinha que fazer o que ele queria ou ele me matava ali mesmo...” (Tânia, 27 anos)

Uso de drogas

Seis entrevistadas iniciaram o consumo de drogas entre 12 e 15 anos, e as demais, entre 16 e 18 anos. Comumente, o consumo era realizado de modo associado. As drogas mencionadas pelas entrevistadas foram: álcool, inalantes, maconha, cocaína (aspirada e injetável), crack, anticolinérgicos e inibidores de apetite, utilizados sem prescrição.

Para cinco entrevistadas a experimentação de drogas coincidiu com a evasão escolar e a vivência de situação de rua durante a adolescência, incluindo prostituição, roubo, furto e tráfico.

“... eu saí da minha casa eu tinha 12 anos de idade e aí eu fui para rua. Aí então eu comecei a cheirar cola e tudo quanto foi tipo né? (...) saí aos 13 anos da escola, nunca mais freqüentei...” (Tânia, 27 anos)

“... [saí da escola por] vergonha (...) tudo que acontecia [conflitos familiares] assim em casa, ela (a mãe) comentava com os vizinhos (...) as meninas [vizinhas] estudavam tudo comigo, aí chega na escola você já sabe, aí começa espalhar (...) Até a professora também (...) eu comecei a usar isso aí [droga] por causa da revolta (...) ela falou assim se eu quisesse morar lá eu tinha que respeitar ela [mãe] (...) lavar a cozinha, tem que limpar, fazer comida na marra eu não admitia isso (...) senão ela me punha na rua, peguei simplesmente no outro dia (...) pulei a janela e fui pra rua (...) então aí fui pra Febem... (Ana, 29 anos)”

O consumo de drogas foi compreendido pelas entrevistadas como um modo de reagir aos lutos, carência afetiva, revoltas, vergonha, violências e carência econômica. Onze entrevistadas mencionaram aspectos negativos relacionados a este consumo: perda de filhos, discriminação, sensação de menos valia e danos à saúde, agravando os problemas enfrentados.

“... não tinha pai, só tinha mãe, família muito pobre, eu, não tinha condições para nada. Então achei que no mundo das drogas eu ia ter tudo aquilo que na minha casa eu não tinha...” (Janete, 46 anos)

“... esses anos de vida na rua fui pra um hotel, o homem me fez na marra [primeira relação sexual]. Falou que ia trocar o dinheiro e me deixou dentro do hotel. Eu

gritava: - Meu Deus me dê força pra mim não quebrar! Foi a coisa mais horrível, eu pastei muito na rua, por isso que eu tenho o vício de usar droga... ” (Ana, 29 anos)

Em relação ao consumo de drogas injetáveis, a rede de amigos, os parceiros e até irmãos foram aqueles que aplicaram a primeira dose.

“... eu só cheirava entendeu? Depois, eu vi as pessoas injetando, fiquei com vontade, fui e injetei... ” (Angélica, 29 anos)

“... desde 16 anos e eu tenho 34 anos (...) Eles tomam baque! Eu pensava: Quero saber como que é. (...) Aí fomos na escada de um prédio (...) Aí um aplicou no outro e tal.” (Maria, 34 anos)

Houve relatos nos quais parceiros sexuais facilitaram o primeiro contato com as drogas e até sustentaram o consumo por algum tempo. Mas, em outros casos, passaram a controlar ou impedir o uso.

Entre as entrevistadas, o consumo de drogas injetáveis era realizado em grupos (amigos e/ou parceiros afetivos) e em locais isolados (residência própria ou de amigos). Na urgência de socorrer os amigos em crise de overdose, estratégias como colocar uma colher na boca e/ou pressionar o peito da pessoa foram utilizadas, não havendo busca por serviços de saúde de emergência. O receio da intervenção policial, da discriminação nos serviços de saúde e o próprio uso de drogas explicam esta recusa, aumentando a vulnerabilidade dessas mulheres.

“... eu me empolguei. Nisso aí a língua dela foi enrolando (...) E quando eu vi (...) mas eu não tô nem aí que ela caiu morta entendeu? (...) Eu tomei a noite inteira (...) então deixa lá [a amiga morta] e cai fora se não dá cadeia.... ” (Janete, 46 anos)

“... aí eu pus uma dosagem maior porque eu queria mais (...) aí ela ficou me segurando, puxando minha língua, tava enrolando. Aí quando acordei tava toda machucada, toda mordida, acordei com o braço tamanho assim... ” (Ana, 29 anos)

Prevenção contra a infecção pelo HIV

Informações sobre o HIV e estratégias de autocuidado diferiram entre as entrevistadas. Aquelas que iniciaram a vida sexual e o uso de drogas antes dos anos 90 não possuíam informação sobre a chance da contaminação por HIV. As demais afirmaram ter ouvido um “boato” sobre a Aids e que se preocupavam com a compra ou a limpeza das seringas, mas com conhecimentos e habilidades bastante imprecisos.

“... sabia de nada, eu usava com outro, ia usava o outro ia e usava também. Eu acho que foi nisso que eu peguei o vírus... ” (Maria, 34 anos)

“... injetar para limpar (...), injetar um pouquinho de água, molhava e dava entendeu? Mais não assim, entendeu? Não, embasado ainda, mais hoje em dia com essas ‘doenças’ toda aí!... ” (Angélica, 29 anos)

Apenas uma entrevistada afirmou ter usado preservativo pelo menos uma vez na vida. A confiança nos amigos e parceiros fixos, o uso de drogas, o desejo de prazer e a crença de que o homem é o responsável pelo cuidado preventivo (por imaginarem que eles são mais “experientes”) foram as razões referidas para os comportamentos inseguros.

“... não porque agora eu só vivo com ele, eu transo com ele, eu só me satisfaço com ele. A gente só usa droga dentro de casa, mas também só aquilo ali. Só encontra [com pessoas com as quais compartilha drogas e seringas] com alguém que está lá dentro [da casa], que vai lá... ” (Tânia, 27 anos)

“... muitas vezes o baque e, às vezes, você pode beber ou fumar, pode se excitar assim mais! (...) aí você não quer saber de nada. (...) até se seu marido é acostumado a usar só camisinha, você sai até sem camisinha...dá uma pirada geral... ” (Angélica, 29 anos)

O envolvimento de muitas entrevistadas em prostituição, roubos, tráfico e detenção em penitenciárias foram fatores que contribuíram para comportamentos de risco, como compartilhamento de seringas e agulhas, bem como sexo inseguro.

“... rolava mais maconha, cocaína. Pra comprar fazia crochê, vendia os crochê e tal, uma grana [na prisão]... ” (Maria, 34 anos)

“... não usava camisinha e era na área mais podre que tem [trabalhava como profissional do sexo]. A área da Praça da Sé é a área mais podre. Você acredita que eu cheguei a transar até com mendigo! Doidona de cocaína, só porque o mendigo tinha coca... ” (Janete, 46 anos)

Em relação à infecção pelo HIV, cinco entrevistadas afirmaram ser soropositivas. Quatro acreditavam terem sido infectadas por via sexual e uma pela via sangüínea. Três eram soronegativas e cinco não sabiam seu estado sorológico.

Entre as entrevistadas soropositivas, quatro não realizaram procedimentos de cuidado e prevenção (à re-infecção) após o conhecimento de sua situação sorológica.

“... depois que eu soube que eu era soropositiva se eu contaminei alguém? Ah! Com certeza, de propósito, de propósito, de pirraça, dois caras... ” (Janete, 46 anos)

“... transei sem camisinha e tudo, só tava interessada na droga e eu sabia que eu tava doente, não tava nem

ai se eu tava preservando a vida da outra pessoa ou não (...) eu vinha aqui de vez em quando, tomava remédio de vez em quando. Não tinha um tratamento, né meu? Eu nunca durei, eu faço tratamento há cinco anos, eu nunca tinha tomado o remédio certo, né meu?... ” (Daniela, 27 anos)

Como os cuidados com a saúde ocorriam prioritariamente em momentos de emergência, foram os sintomas da Aids que impulsionaram a busca pelo teste e tratamento. O uso de drogas e os deslocamentos constantes (pelos encarceramentos, para o tráfico, por fuga dos traficantes e/ou da polícia, para acompanhar parceiros presos em outras cidades, entre outros motivos), foram vistos como impedimentos para a continuidade do tratamento das entrevistadas soropositivas ou para a adesão aos serviços de saúde.

“... precisei porque descobri o HIV em 98, eu descobri porque peguei uma pneumonia né?... ” (Janete, 46 anos)

“... tomava remédio de vez em quando. (...) Aí quando eu fiquei grávida da menina eu ia pra Uberlândia, eu não usava droga direto, então o que aconteceu? Eu comecei a usar o remédio mais certinho, né? Eu tinha uma dificuldade terrível com o horário... ” (Daniela, 27 anos)

Cuidados com a saúde

As entrevistadas relataram temer a reação dos profissionais de saúde, principalmente a denúncia, e por este motivo afirmaram buscar os serviços de saúde apenas em situações extremas.

“... medo, tudo parece que vai envolver polícia, [os UDI] têm medo de fazer exame e descobrir que é usuário de drogas e dá cadeia, têm medo disso... ” (Janete, 46 anos)

Não houve interrupção consistente do uso de drogas no período da gestação, o que dificultava a busca de serviços médicos para a realização da rotina pré-natal.

“... eu não ia fazer pré-natal, porque eu pegava 8 horas e tinha horário certo. Tinha que ser das nove da manhã em diante e eu acordava cedo e ia pra casa dela [amiga] e usava [drogas], não tinha como fazer pré-natal... ” (Ana, 29 anos)

Na maioria dos casos, tal procura foi estimulada por uma demanda aguda (acidente, dores, agressões) em detrimento dos acompanhamentos agendados regulares.

“... foi assim, eu tinha brigado com umas minas e ela tinha me dado um chute [na barriga] tal. Aí eu fui passar no ginecologista entendeu?... ” (Janete, 46 anos)

“... e na hora ‘H’fui bem louca ainda (...) nem o soro eles quis colocar em mim, porque meu braço não tava legal entendeu? [por causa do uso de drogas injetáveis] Aí onde eu sofri pra colocar no mundo, eu sofri demais por causa das drogas. Ele encalhou (...) Nasceu com falta de ar no coração (...) eles ‘quis’ fazer fórceps. (...) o médico (...) pediu todos os exames. (...) ‘A senhora usa droga né? (...) não vou te aplicar nada, se eu aplicar alguma coisa em você eu vou matar (...) Seu negócio pode ser cana, se eu ligar pros homens daqui, se eu ligar vou te denunciar... ” (Ana, 29 anos)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A noção de vulnerabilidade, aqui utilizada como eixo de análise, inclui não somente as informações e comportamentos individuais como responsáveis pela susceptibilidade à infecção pelo HIV,³ mas também o acesso às políticas públicas voltadas para o controle da infecção pelo HIV e aspectos sociais, como acesso a trabalho, moradia, educação, informação, participação política, além das normas culturais de gênero, raça e geração. Essas três dimensões da vulnerabilidade são complementares e sinérgicas, sendo separáveis apenas para fins de análise, conforme a Tabela 2.

As experiências relatadas de carência afetiva, falta de cuidado familiar e violência nas relações familiares de origem, contribuíram para o início do consumo de drogas,* e configuraram um contexto que pode trazer prejuízos para a auto-imagem, resultando em comportamentos anti-sociais, autodestrutivos e de risco,² gerando maior vulnerabilidade à infecção pelo HIV.

A fuga de casa e a vivência de situação de rua pelas entrevistadas reiteram a situação de mulheres desabrigadas, relatada por Fisher et al (1995):⁹ são mulheres que permanecem sob maior risco de exposição a drogas, situações de violência, e à infecção pelo HIV.

No que tange à vulnerabilidade social à infecção pelo HIV, os elementos mencionados pelas entrevistadas conformam um cenário específico de pobreza associada à carência de políticas públicas para a garantia de direitos sociais, econômicos e culturais. Nesse cenário destacam-se a fragilidade da manutenção do acesso à escola e aos serviços de saúde, a vivência em espaços demarcados pela clandestinidade, marginalidade e violência, e a inclusão recorrente em instituições corretivas e de recuperação.

A precariedade de acesso às diversas instituições públicas pelas mulheres entrevistadas, exceto as represivas, deve ser levada em conta como elemento que condiciona e modela a vulnerabilidade ao HIV, bem como o uso abusivo de drogas e vivência de situações de violência e criminalidade.

* Salinas T. Violência intrafamiliar y consumo de drogas: uma perspectiva boliviana sobre la problemática. Cochabamba: COPRE; 1999 [Acesso em: 10/7/2007]. Disponível em: http://www.cicad.oas.org/Reduccion_Demanda/esp/documentos/DocumentosB/violenciantrafam.doc

Tabela 2. Aspectos da vulnerabilidade à infecção pelo HIV entre as UDI. São Paulo, 2002.

Característica do grupo estudado	Dimensões da vulnerabilidade	Direitos não efetivados
Exclusão do mercado de trabalho e inclusão em atividades ilegais	Social: inserção no mercado de trabalho	Direito ao trabalho e previdência social***
Exclusão escolar	Social: acesso à educação	Direito à educação e formação profissional***
Acesso pouco consistente aos serviços públicos de saúde, incluindo aderência tenué ao tratamento da Aids	Programática: acesso, qualidade e organização dos serviços de saúde, bem como os voltados para o tratamento de Aids	Direito a desfrutar do maior nível de saúde mental e física, acesso à assistência a saúde. Tratamento e prevenção de doenças epidêmicas****
Impedimentos dos cuidados mais extensivos com os filhos e pouca participação dos parceiros sexuais	Social: acesso aos serviços sociais de apoio e cuidado para voltado para as crianças e manutenção da maternidade e programas específicos voltados para modificação das normas tradicionais de gênero	Direitos sexuais e reprodutivos (informações sobre planejamento familiar, proteção à maternidade e co-responsabilidade de ambos os parceiros pelos cuidados com os filhos)***,****
Vivência de situações de pobreza	Social: recursos financeiros	Acesso a bens materiais e condições adequadas para si e sua família: habitação, saneamento básico, eletricidade, abastecimento de água, transportes e alimentação***
Estigma e discriminação pelos profissionais de saúde	Social: estigma e discriminação Programática: treinamento e supervisão dos profissionais de saúde referente ao acolhimento de populações específicas	Igualdade de direito, igual acesso ao serviço público de seu país, integridade mental ^{15,****}
Informação pouco consistente sobre prevenção da infecção pelo HIV; percepção de que o uso de drogas contribui para o sexo inseguro	Individual: informações; crenças; desejos, atitudes Programática: acesso ao programa de Redução de danos Social: relações de gênero	Acesso à informação sobre saúde sexual e reprodutiva***,****
Prostituição durante a adolescência	Social: bem-estar físico e social	Proteção da exploração sexual ^{15,***,****}
Vivência de situações de violência física, psicológica e/ou sexual durante a infância e vida adulta	Programático: acesso aos serviços de proteção a vítimas de violência e promoção e prevenção da igualdade de gênero Social: iniquidade nas relações de gênero	Eliminação de todas as formas de violência no âmbito público e privado****,****

* Organización de las Naciones Unidas. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. Washington; 1966 [citado 10/07/07]. Disponible en http://www.unhchr.ch/spanish/html/menu3/b/a_cesr_sp.htm

** Organização das Nações Unidas. Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher. Washington; 1979 [citado em 10/07/07]. Disponible em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/mulher/lex121.htm>.

*** United Nations. Report of the Fourth World Conference on Women; 1995 Sept 4-15; Beijing, China. Washington; 1995 [citado em 10/07/07]. Disponible em: <http://www.un.org/esa/gopher-data/conf/fwcw/off/a--20.en>

**** Organization of American States. Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer “Convención de Belém do Pará”. Washington; 1994 [citado em 10/07/07] Disponible em: <http://scm.oas.org/Referencia/spanish/CONVENCIONES/CONVENCION-BELEM%20DO-PARA-MUJERES-S.doc>

A integração do usuário de drogas no comércio ilegal de drogas ou no comércio sexual é recorrente entre as populações extremamente empobrecidas.^{6,14} A inserção das entrevistadas em espaços marginais e clandestinos demarcou-as com os estigmas¹⁰ de “criminosas”, “drogadas”, “prostitutas”. Tais estigmas reforçaram a exclusão social, dificultando o acesso aos serviços públicos de saúde e educação, e aos insumos de prevenção contra a infecção pelo HIV, devido ao medo da discriminação e criminalização em relação ao uso de drogas.

A repressão ao uso de drogas e os encarceramentos vivenciados colaboraram também para que as mulheres apresentassem comportamentos inseguros, seja pelo uso de drogas em locais afastados e escondidos, seja pela dificuldade de acesso aos insumos preventivos no interior das instituições (mas não das drogas).¹⁶

A dificuldade de uso de preservativos é comum entre mulheres que não usam drogas. Tal situação é compreendida pelas normas culturais de gêneros,⁸ que orientam

o modo de vivenciar a sexualidade, as escolhas dos parceiros¹¹ e a possibilidade de negociação do uso de preservativos.¹⁷ Essas normas se refletiram nos relatos das entrevistadas pela crença de que, por possuir maior conhecimento, o homem seria responsável pelos cuidados preventivos, ou pela confiança depositada na fidelidade do parceiro fixo.

O fato de as entrevistadas somente buscarem os serviços de saúde em situações emergenciais, associado ao medo da reação dos profissionais, mostra a percepção do estigma imputado e o temor da discriminação.¹⁰ Assim, ter o virtual acesso aos serviços de saúde não garante o seu uso consistente, diante dos entraves percebidos por elas. Desse modo, apesar da qualidade formal de cidadania, as entrevistadas pouco se beneficiam como cidadãs no cotidiano,¹ ainda menos do que a parcela da população submetida à precariedade econômica, mas não às discriminações aqui discutidas.

Na perspectiva da vulnerabilidade programática, o programa de redução de danos mostrou-se estratégico por acessar os UDI e tornar disponíveis informações e insumos preventivos contra a infecção pelo HIV. No entanto, o programa não foi suficiente para garantir o uso consistente dos serviços de saúde nem a aderência ao tratamento da Aids pelas mulheres soropositivas entrevistadas.

No âmbito individual da vulnerabilidade, dentro do contexto de vida das entrevistadas, de ameaça iminente

e constante à integridade física, a prevenção ao HIV visando evitar um possível dano futuro adquire uma importância extremamente relativa,⁸ e faz com que estratégias de proteção percam em muito seu sentido. Deste modo, as estratégias de prevenção e cuidado à infecção e re-infecção entre as entrevistadas diferem das preconizadas pelos técnicos da saúde. Mas, mesmo quando as entrevistadas possuíam informações consistentes sobre a prevenção do HIV, os diferentes significados dados aos comportamentos e às relações grupais ocasionaram conflitos entre a razão, os desejos e a compulsão pelo uso de drogas.^{7,12}

De acordo com outros estudos, as entrevistadas percebem o consumo de drogas como responsável por diversos prejuízos⁸ e como forma de reagir e resistir às experiências de privação econômica e afetiva.⁶

Diante da fragilidade verificada para o acesso e adesão das UDI aos serviços públicos de saúde e programas específicos de prevenção à re-infecção e tratamento da Aids, torna-se necessária uma nova postura dos profissionais de saúde, o que exige capacitação e aprimoramentos voltados para o combate à discriminação e melhor acolhimento e atendimento.

AGRADECIMENTOS

À Regina Bueno, aluna de pós-graduação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, pelas sugestões ao estudo.

REFERÊNCIAS

1. Amaral LA. Identidade e cidadania: a questão da diferença. *Psicol Estud.* 1997;2(1):105-18.
2. Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias JV, Oliveira RVC. Violence and social representation in teenagers in Brazil. *Rev Panam Salud Publica.* 2004;16(1):43-51.
3. Ayres JRCM, França Jr. I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p.117-39.
4. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Editora 70; 1997.p.20-35.
5. Brewer DD; Fleming CB; Haggerty KP; Catalano RF. Drug use predictors of partner violence in opiate-dependent women. Social Development Research Group, University of Washington, USA. *Violence Vict.* 1998;13(2):107-15.
6. Bucher R. Drogas e Drogadição no Brasil. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992. p.27-9.
7. Deslandes SF, Mendonça EA, Caiaffa WT, Doneda D. As concepções de risco e de prevenção segundo a ótica dos usuários de drogas injetáveis. *Cad Saude Publica.* 2002;18(1):141-51.
8. Franco FG, Figueiredo MAC. Aids, drogas e “ser mulher”: relatos de mulheres soropositivas para o HIV. *Medicina (Ribeirão Preto).* 2004;37(1/2):106-16.
9. Fisher B, Hovell M, Hofstetter CR, Hough R. Risks associated with long-term homelessness among women: battery, rape, and HIV infection. *Int J Health Serv.* 1995;25(2):351-69.
10. Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar; 1982.
11. Heilborn ML. Construção de si, gênero e sexualidade. In: Heilborn ML, organizador. Sexualidade: o olhar das ciências sociais. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1999. p.40-58.
12. Knight KR, Purcell D, Dawson-Rose C, Halkitis PN, Gomez CA. Sexual risk taking among hiv-positive injection drug users: contexts, characteristics, and implications for prevention. *AIDS Educ Prev.* 2005;17(1 Supl A):76-88.
13. Lichtenstein B. Domestic violence, sexual ownership, and HIV risk in women in the American deep south. *Soc Sci Med.* 2005;60(4):701-14.
14. McDonnell KA, Gielen AC, O'Campo P. Does HIV status make a difference in the experience of lifetime abuse? Descriptions of lifetime abuse and its context among low-income urban women. *J Urban Health.* 2003;80(3):494-509.
15. Organização das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Washington; DHnet Rede Direitos Humanos e Cultura. 1948 [Acesso em 10/7/2007] Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/deconu/textos/integra.htm>
16. Rhodes T, Singer M, Bourgois P, Friedman SR, Strathdee SA. The social structural production of HIV risk among injecting drug users. *Soc Sci Med.* 2005;61(5):1026-44.
17. Santos NJS, Buchala CM, Fillipe EV, Bugamelli L, Garcia S, Paiva V. Mulheres HIV Positivas, Reprodução e Sexualidade. *Rev Saude Publica.* 2002;36(4):12-22.
18. Tyndall MW, Patrick D, Spittal P, Li K, O'Shaughnessy MV, Schechter MT. Risky sexual behaviours among injection drugs users with high HIV prevalence: implications for STD control. 78.suppl_1.i170. *Sex Transm Inf.* 2002;78:170-175.