



Revista de Saúde Pública

ISSN: 0034-8910

revsp@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Lopes, Fernanda; Buchalla, Cassia Maria; de Carvalho Mesquita Ayres, José Ricardo
Mulheres negras e não-negras e vulnerabilidade ao HIV/Aids no estado de São Paulo,
Brasil

Revista de Saúde Pública, vol. 41, núm. 2, diciembre, 2007, pp. 39-46
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67240165008>

- ▶ [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

Fernanda Lopes^I

Cassia Maria Buchalla^{II}

José Ricardo de Carvalho
Mesquita Ayres^{III}

Mulheres negras e não-negras e vulnerabilidade ao HIV/Aids no estado de São Paulo, Brasil

Black and non-Black women and vulnerability to HIV/AIDS in São Paulo, Brazil

RESUMO

OBJETIVO: Analisar características relacionadas à vulnerabilidade individual de mulheres com sorologia positiva para o HIV segundo cor da pele.

MÉTODOS: Pesquisa multicêntrica realizada em 1999-2000, em serviços de saúde especializados em DST/Aids no Estado de São Paulo, envolvendo 1.068 mulheres maiores de 18 anos, vivendo com HIV. Informações sociodemográficas e características relacionadas à infecção e aos cuidados em saúde foram obtidas em entrevistas individuais com questionário padronizado. A variável raça/cor foi auto-referida, tendo sido agrupadas como negras as mulheres pretas e pardas. A descrição das variáveis segundo raça/cor foi feita por medidas de tendência central e proporções, e o estudo de associação pelo teste χ^2 Pearson.

RESULTADOS: As diferenças entre negras e não-negras foram estatisticamente significantivas em relação a: escolaridade; renda mensal, individual e familiar per capita; número de dependentes diretos; oportunidades de ser atendida por nutricionista, ginecologista ou outro profissional médico; de compreender o que o infectologista diz; de falar com o infectologista ou com o ginecologista sobre sua vida sexual; de ter conhecimento correto sobre os exames de CD4 e carga viral; a via sexual de exposição.

CONCLUSÕES: O uso de raça/cor como categoria analítica indica caminhos para melhor compreender como as interações sociais, na intersecção gênero e condições socioeconômicas, produzem e reproduzem desvantagens na exposição das mulheres negras aos riscos à sua saúde, assim como impõem restrições quanto ao uso de recursos adequados para o seu cuidado.

DESCRITORES: Síndrome de imunodeficiência adquirida. Mulheres. Distribuição por raça ou etnia. Etnia e saúde. Vulnerabilidade em saúde. Estudos multicêntricos.

^I Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública (FSP). Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, SP, Brasil

^{II} Departamento de Epidemiologia. FSP-USP. São Paulo, SP, Brasil

^{III} Departamento de Medicina Preventiva. Faculdade de Medicina. USP. São Paulo, SP, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Cássia Maria Buchalla
Faculdade de Saúde Pública
Departamento de Epidemiologia
Av. Dr. Arnaldo, 715
01246-904 São Paulo, SP, Brasil
E-mail: cmbuchal@usp.br

Recebido: 8/8/2006

Revisado: 23/7/2007

Aprovado: 5/8/2007

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the characteristics related to individual vulnerability among HIV seropositive women, according to skin color.

METHODS: A multicenter study carried out between 1999 and 2000 in health services specialized in STI/Aids in the state of São Paulo, involving 1,068 women living with HIV who are aged 18 or above. Sociodemographic data and characteristics relating to infection and healthcare were obtained by means of individual interviews based on standardized questionnaire. The variable race/color was self-reported and women who referred to themselves as black or mixed-race were grouped together as black. The definition of variables by race/color was done using central tendency and proportions, and an association analysis using the χ^2 Pearson test.

RESULTS: The differences between black and non-black women were statistically significant with regards to: schooling; monthly, individual and family income per capita; number of direct dependents; opportunities to see a nutritionist, gynecologist or other medical professional; understanding what the infectologist said; speaking with the infectologist or gynecologist about her sex life; having correct knowledge about CD4 exams and viral load; the sexual means of exposure.

CONCLUSIONS: The use of race/color as an analytical category provides opportunities to understand better how social interactions, in the context of gender and socioeconomic conditions, create and recreate disadvantages for black women and their exposure to health risks, and also impose limits on the way they use of resources for their healthcare.

KEY WORDS: Acquired immunodeficiency syndrome. Women. Race or ethnic group distribution. Ethnic group and health. Health vulnerability. Multicenter studies.

INTRODUÇÃO

Nas sociedades modernas, a epidemia de Aids atinge com maior intensidade os grupos historicamente excluídos da riqueza social, bem como aqueles que são culturalmente discriminados.⁸ No Brasil, dados do Ministério da Saúde indicam aumento do número de casos de Aids em municípios de médio e pequeno porte, os quais, via de regra, dispõem de menos recursos na área da saúde ou no âmbito comunitário em geral; na população de menor nível socioeconômico, indiretamente aferido pelo grau de escolaridade; na população feminina; e na população negra.⁴

Estudos sobre vulnerabilidade empreendidos, sobretudo, no campo da Aids, apresentam-se como poderoso recurso para identificar e trabalhar as diferenças sociais na distribuição do adoecimento e de seus determinantes.²

No tocante à vulnerabilidade das mulheres, tais estudos têm destacado uma série de aspectos de grande impor-

tância prática, como: restrições do poder de participação nas decisões que envolvem a vida sexual e reprodutiva; coerções emocionais de caráter culturalmente determinado, que interferem na prevenção; e a baixa percepção de vulnerabilidade, influenciada pela não-inclusão das mulheres, nos primeiros anos da epidemia, entre os chamados “grupos de risco”.¹¹

Até a presente década, não eram disponíveis dados oficiais desagregados por raça/cor.* Estudos recentes, contudo, destacam características próprias que tornam esse grupo vulnerável, as quais são relacionadas, independentemente da faixa etária ou região de residência: às piores condições socioeconômicas; às maiores dificuldades de acesso às ações, serviços de saúde e insumos; aos menores índices de conhecimento adequado sobre as vias de transmissão do HIV, e aos mais baixos percentuais de uso referido do preservativo.^{12,***.****.****}

* Boletim Epidemiológico - Aids. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006;3(1).

** Ministério da Saúde. Prevalências de DST em populações específicas. Projetos desenvolvidos pela Coordenação Nacional de DST/Aids em parceria com estados, municípios e outras instituições. Brasília; 2006 [Acesso em 17/8/2007]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISBCD47A0DPTBRIE.htm>

*** Ministério da Saúde. Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/AIDS. Brasília; 2000. (Série Avaliação, 4)

**** Ministério da Saúde. Instituto Brasileiro de Opinião e Pesquisa. Pesquisa Nacional com a População Sexualmente Ativa. Brasília; 2003 [Acesso em 30/8/2007]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/>

O objetivo do presente trabalho foi analisar as características relacionadas à vulnerabilidade individual de mulheres com sorologia positiva para o HIV segundo cor da pele.

MÉTODOS

Estudo descritivo, de corte transversal, com dados obtidos em pesquisa multicêntrica, realizada de setembro de 1999 a fevereiro de 2000 com mulheres maiores de 18 anos, com sorologia positiva para o HIV, atendidas em três serviços de referência para a assistência à HIV/Aids de São Paulo.*

Calculou-se amostra de 384 mulheres em cada um dos serviços estudados, com $\alpha=5\%$ e $\beta=80\%$. Para selecionar estas amostras consecutivas, os períodos de atendimento foram divididos em subperíodos de duas horas. Para cada subperíodo, foram convidadas para entrevista as duas primeiras mulheres com consultas agendadas.¹⁴

As entrevistas aconteceram em ambiente privado e foram conduzidas por profissionais de saúde do sexo feminino, de nível superior, com experiência no atendimento de pessoas vivendo com HIV/Aids. Durante as entrevistas, foi utilizado um questionário com 81 perguntas sobre aspectos sociodemográficos; vida sexual e reprodutiva; percepção de risco de infecção pelo HIV; cuidados recebidos no serviço de saúde; acesso e acolhimento; e relação com profissionais do serviço de saúde especializado em DST/Aids.

As informações foram analisadas com base no critério raça/cor auto-referida, segundo o padrão do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que utiliza categorias de cor: preta, parda, amarela, indígena e branca. As mulheres autoclassificadas pretas e pardas compuseram o grupo de mulheres negras, e as brancas, amarelas e indígenas foram agrupadas como não-negras.

A descrição das variáveis segundo raça/cor foi feita por medidas de tendência central e proporções. O estudo de associação entre variáveis foi feito pelo teste χ^2 Yates corrected, considerando nível de confiança de 95%. Para a análise estatística, foram utilizados os programas EpiInfo 6.04 e SPSS 8.0.

O protocolo de estudo foi aprovado pelas comissões de ética em pesquisa das instituições envolvidas. As entrevistadas participaram voluntariamente e assinaram termo de consentimento livre e esclarecido. As necessidades e demandas identificadas durante a pesquisa foram encaminhadas para as equipes responsáveis pelos serviços.

RESULTADOS

A amostra final envolveu 1.068 mulheres, das quais 50,7% eram negras e 49,3% não, com média de idade igual a $36,1 \pm 9,0$ anos e tempo médio de infecção diagnosticada igual a $4,36 \pm 3,2$ anos. Sessenta e duas mulheres recusaram-se a participar; contudo, não houve diferença estatística em relação à idade, escolaridade ou renda individual mensal, entre as mulheres que participaram do estudo e aquelas que recusaram.

Dentre as voluntárias entrevistadas, o tempo médio de estudo era de 7,7 anos; para as negras, 6,9 anos e para as não-negras, 7,8 anos. Em relação à renda individual mensal, independente da cor da pele, a mediana equivalia a R\$387,00; para as negras, o valor mediano foi de R\$345,00; para as não-negras R\$ 475,00. A mediana do rendimento mensal familiar per capita (RFPC) foi de R\$600,00; entre as negras o valor era de R\$500,00 e entre as não-negras, R\$800,00.

Na Tabela 1 são verificadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos no que tange à escolaridade, faixa de rendimento mensal individual e familiar per capita, e número de pessoas que dependem do seu cuidado.

Cerca de 70% das mulheres negras não haviam alcançado as séries correspondentes ao ensino médio, enquanto menos da metade das não-negras estava em situação semelhante. Em relação aos rendimentos individuais, 63% das negras recebiam até três salários mínimos (SM); entre as não-negras a proporção era de 47%. Quanto ao RFPC, observou-se uma diferença de quase 15% entre negras e não-negras que tinham RFPC de até 1 SM (45,3% versus 30,8%).

Apesar de viverem com salário individual e rendimento familiar per capita mais baixos, cerca de 25% das negras eram responsáveis diretas por quatro ou mais pessoas, contra 19% das não-negras.

A Tabela 2 mostra que mais de 80% das mulheres relataram terem sido infectadas pela via sexual. Para a via sexual de exposição, a categoria “relações sexuais desprotegidas com parceiro infectado por mulher” foi significativamente comum entre as negras (40,1% versus 33,9%), enquanto a categoria “parceiro usuário de droga injetável” foi mais citada pelas não-negras (33,5% versus 23,3%). Entre as negras também foi mais comum o desconhecimento da via de infecção do parceiro (20,5% versus 14,8%).

No momento da entrevista, poucas mulheres relataram atendimento nutricional, odontológico ou psicológico, bem como por outro médico cuja especialidade não fosse infectologista ou ginecologista. Cerca de 19%

* Enhancing Care Initiative. Mulheres e Aids: desafios para os serviços de saúde. São Paulo; 2001 [Acesso em 15/8/2007]. Disponível em: <http://www.eci.harvard.edu>.

Tabela 1. Características sociodemográficas de mulheres com sorologia positiva para HIV, segundo raça/cor. São Paulo, 2000.

| Variável | Mulher negra | Mulher não-negra | Total | |
|--|--------------|------------------|-------|-------|
| | % | % | N | % |
| Nível de escolaridade* | | | | |
| Nenhum | 5,0 | 0,9 | 37 | 3,5 |
| Ensino fundamental 1 | 24,3 | 14,1 | 206 | 19,3 |
| Ensino fundamental 2 | 38,0 | 31,9 | 373 | 35,0 |
| Ensino médio (in)completo | 26,2 | 36,1 | 331 | 31,0 |
| Ensino superior (in)completo | 6,5 | 16,0 | 119 | 11,2 |
| Total (N) | (542) 100,0 | (524) 100,0 | 1.066 | 100,0 |
| χ^2 Pearson=54,781; p<0,000 (4 g.l.) | | | | |
| Renda individual mensal (SM) | | | | |
| Até 1 | 15,4 | 13,5 | 106 | 14,5 |
| 1 a 3 | 47,4 | 33,4 | 297 | 40,5 |
| 3 a 5 | 19,4 | 18,0 | 137 | 18,7 |
| 5 a 7 | 10,0 | 14,4 | 89 | 12,1 |
| 7 a 9 | 4,3 | 8,8 | 48 | 6,5 |
| Mais de 9 | 3,5 | 11,9 | 56 | 7,6 |
| Total (N) | (371) 100,0 | (362) 100,0 | 733 | 100,0 |
| χ^2 Pearson=34,974; p<0,000 (5 g.l.) | | | | |
| Renda familiar per capita mensal (SM) | | | | |
| Até 1 | 45,3 | 30,8 | 373 | 38,2 |
| 1 a 3 | 41,3 | 38,8 | 392 | 40,0 |
| 3 a 5 | 8,0 | 13,8 | 106 | 10,8 |
| 5 a 7 | 3,0 | 5,4 | 41 | 4,2 |
| 7 a 9 | 1,0 | 4,6 | 27 | 2,8 |
| Mais de 9 | 1,4 | 6,7 | 39 | 4,0 |
| Total (N) | (498) 100,0 | (480) 100,0 | 978 | 100,0 |
| χ^2 Pearson=52,997; p<0,000 (5 g.l.) | | | | |
| Número de pessoas sob seus cuidados** | | | | |
| Nenhuma | 13,2 | 16,5 | 156 | 14,8 |
| 1-3 | 62,7 | 64,2 | 667 | 63,5 |
| 4-6 | 20,1 | 18,3 | 202 | 19,2 |
| 7 ou mais | 4,0 | 1,0 | 26 | 2,5 |
| Total (N) | (531) 100,0 | (520) 100,0 | 1.051 | 100,0 |
| χ^2 Pearson=12,088; p<0,007 (3 g.l.) | | | | |

* Para efeitos deste estudo, ensino fundamental 1 corresponde às quatro primeiras séries (antigo primário) e ensino fundamental 2 ao antigo ginásial (de 5^a a 8^a séries).

** Excluídas as mulheres que moravam em casa de família ou em casa de apoio

SM: Salário mínimo

das mulheres negras já haviam sido atendidas por outro médico e 8,4%, por nutricionistas. Para as não-negras, as proporções foram respectivamente: 26% e 14,5%, com diferenças estatisticamente significativas quanto ao comportamento das variáveis “ter sido atendida por médico ginecologista” (χ^2 Pearson=4,707; p<0,030; 1 g.l.); “ter sido atendida por nutricionista” (χ^2 Pearson=9,706; p<0,002; 1 g.l.); e “ter sido atendida por outro médico” (χ^2 Pearson=8,218; p<0,004; 1 g.l.) – dados não apresentados em tabelas.

No tocante à relação com os profissionais de saúde (Tabela 3), observou-se diferença estatisticamente significativa entre raça/cor da entrevistada e “facilidade em entender o que o infectologista diz”, “facilidade em falar com o infectologista sobre a vida sexual” e “facilidade em falar com o ginecologista sobre a vida sexual”. Em mais de 25% dos casos, as negras relataram entender às vezes ou nunca o que o infectologista dizia; para as não-negras, a percentagem foi de 8,8%. Falar sobre a vida sexual com o infectologista foi algo mais

Tabela 2. Características relacionadas à infecção por HIV, segundo raça/cor. São Paulo, 2000.

| Categoria de exposição | Mulher negra | Mulher não-negra | N | Total |
|---|--------------|------------------|-----|-------|
| | % | % | | |
| Sexual | | | | |
| Parceiro pouco conhecido | 6,7 | 9,7 | 71 | 8,2 |
| Parceiro infectado em transfusão | 0,5 | 1,2 | 7 | 0,8 |
| Parceiro UDI | 23,3 | 33,5 | 245 | 28,4 |
| Parceiro infectado por homem | 4,0 | 1,6 | 24 | 2,8 |
| Parceiro infectado por mulher | 40,1 | 33,9 | 319 | 37,0 |
| Parceiro infectado por homem ou mulher | 4,9 | 5,3 | 44 | 5,1 |
| Desconhece a via de infecção do parceiro | 20,5 | 14,8 | 152 | 17,7 |
| Total* (N) | (429) 100,0 | (433) 100,0 | 862 | 100,0 |
| χ^2 Pearson=21,920; p<0,001 (6 g.l.) | | | | |
| Sanguínea | | | | |
| Transfusão | 41,2 | 39,5 | 38 | 40,4 |
| UDI | 58,8 | 60,5 | 56 | 59,6 |
| Total** (N) | (51) 100,0 | (43) 100,0 | 94 | 100,0 |
| χ^2 Pearson=0,026; p<0,872 (1 g.l.) | | | | |
| Outras vias (N) | (27) 100,0 | (19) 100,0 | 46 | 100,0 |
| Ignorada (N) | (31) 100,0 | (26) 100,0 | 57 | 100,0 |

* Total de mulheres que relataram categoria sexual de exposição ao vírus.

** Total de mulheres que relataram categoria sanguínea de exposição ao vírus.

UDI: Usuário de drogas injetáveis

Tabela 3. Relação com os profissionais de saúde de serviço de saúde especializado em atendimento a HIV/Aids, segundo raça/cor. São Paulo, 2000.

| Variável | Mulher negra | Mulher não-negra | % Total | N |
|--|--------------|------------------|---------|-------|
| | % | % | | |
| Facilidade para entender que o(a) infectologista diz | | | | |
| Na maioria das vezes | 84,4 | 91,2 | 932 | 87,8 |
| Às vezes | 13,7 | 8,0 | 116 | 10,9 |
| Nunca | 1,9 | 0,8 | 14 | 1,3 |
| Total (N) | (538) 100,0 | (524) 100,0 | 1.062 | 100,0 |
| χ^2 Pearson = 11,835; p < 0,003 (2 g.l.) | | | | |
| Facilidade para falar sobre sua vida sexual com o(a) infectologista | | | | |
| Na maioria das vezes | 50,9 | 61,1 | 576 | 55,9 |
| Às vezes | 13,2 | 13,2 | 136 | 13,2 |
| Nunca | 35,9 | 25,7 | 318 | 30,9 |
| Total (N) | (521) 100,0 | (509) 100,0 | 1.030 | 100,0 |
| χ^2 Pearson = 13,427; p < 0,001 (2 g.l.) | | | | |
| Facilidade para falar sobre sua vida sexual | | | | |
| Na maioria das vezes | 44,7 | 58,6 | 320 | 51,2 |
| Às vezes | 20,4 | 18,5 | 122 | 19,6 |
| Nunca | 34,9 | 22,9 | 183 | 29,3 |
| Total (N) | (333) 100,0 | (292) 100,0 | 625 | 100,0 |
| χ^2 Pearson = 13,608; p < 0,001 (2 g.l.) | | | | |
| Significado do exame de CD4 | | | | |
| Sabe | 42,9 | 59,1 | 532 | 50,9 |
| Não sabe | 57,1 | 40,9 | 513 | 49,1 |
| Total (N) | (527) 100,0 | (518) 100,0 | 1.045 | 100,0 |
| χ^2 Pearson = 27,395; p < 0,000 (1 g.l.) | | | | |
| Significado do exame de carga viral | | | | |
| Sabe | 53,1 | 68,1 | 635 | 60,6 |
| Não sabe | 46,9 | 31,9 | 413 | 39,4 |
| Total (N) | (525) 100,0 | (523) 100,0 | 1.048 | 100,0 |
| χ^2 Pearson = 24,445; p < 0,000 (1 g.l.) | | | | |

comum entre as não-negras (26% nunca falavam *versus* 36% entre as negras). A mesma pergunta foi feita em relação ao ginecologista. As dificuldades continuaram maiores para as negras (35% nunca falavam *versus* 23% entre as não negras).

No momento da entrevista, a maioria das mulheres, negras e não-negras, já havia sido submetida aos exames de CD4 e de carga viral; entretanto, muitas desconheciais o significado e a finalidade dos mesmos (39,4% para o exame de carga viral e 49,1% para o exame de CD4). O comportamento das variáveis “sabe o significado do exame de CD4” e “sabe o significado do exame de carga viral” mostrou-se estatisticamente diferente a depender da raça/cor das mulheres entrevistadas. As mulheres negras eram aquelas que detinham as informações corretas em menor proporção (Tabela 3).

DISCUSSÃO

A equipe responsável pela pesquisa multicêntrica, de onde derivam os dados ora analisados, buscou garantir a qualidade das evidências produzidas por meio do controle de alguns fatores que, potencialmente, funcionariam como fonte de erros.¹³

Embora a pesquisa tenha envolvido elevado número de mulheres, vindas de diversos pontos do estado de São Paulo, atendidas em áreas de alta prevalência de infecção e incidência de casos (Santos e São Paulo capital), a captação das informantes foi feita em serviços de referência para o tratamento e acompanhamento de pessoas vivendo com HIV/Aids. É necessário, portanto, que haja cautela ao generalizar os achados para a população de mulheres portadoras de HIV,¹³ uma vez que esses serviços tendem a reunir usuários com melhores condições de vida e saúde. O recurso à amostra consecutiva visou minimizar vieses adicionais ao de uma intervenção de serviços. Ainda assim, os fatores sazonais e outras mudanças produzidas no período de tempo em que as informações foram coletadas podem não ter sido retratados em sua plenitude.

O método de classificação étnico-racial por categorias fechadas mostrou-se adequado ao objetivo do presente estudo, embora se reconheça que a classificação auto-referida de cor pode ser negada ou afirmada a partir do olhar do outro, e que haja tendência de embranquecimento das pessoas na medida em que suas possibilidades de acesso aos bens materiais e simbólicos são ampliadas.¹⁴

As diferenças encontradas no presente estudo devem ser vistas como condições que podem denotar diferenças no processo de vulnerabilização de mulheres negras e não-negras ao HIV/Aids no estado de São Paulo. Contudo, em nenhum momento houve a pretensão de indicar fatores preditores e/ou causais desses processos.

As mulheres negras entrevistadas eram detentoras de pior status socioeconômico, seja no que dizia respeito à escolaridade, ao rendimento mensal individual ou familiar per capita, ou às condições de moradia. É importante entender que as restrições no acesso aos bens potencialmente disponíveis são experimentadas pela população negra brasileira, especialmente pelas mulheres,⁶ independentemente da infecção pelo HIV. No entanto, convém destacar a relevância dessa situação para o incremento da vulnerabilidade do grupo nessa dimensão social, compreendida como todo e qualquer processo de exclusão, ou inclusão excluente, discriminação direta e indireta, ou ainda como enfraquecimento de grupos sociais, como afirmam Oliveira & Mattos.⁹

No presente estudo, embora as mulheres negras vivessem com menos dinheiro, cuidavam de maior número de pessoas. Como descrito para a população feminina em geral, o fenômeno da chefia de família vem crescendo em todo o País, principalmente nas áreas urbanas. De acordo com os dados da Pesquisa Nacional de Amostras de Domicílios (PNAD-IBGE), a maioria dos domicílios chefiados por mulheres é do tipo monoparental, com presença marcante de mulheres jovens, não-unidas, negras, pobres e menos escolarizadas.⁶ Particularmente, no contexto de soropositividade para o HIV, a responsabilidade pelo sustento financeiro e moral dos membros da família pode potencializar a vulnerabilidade feminina.⁸ Além disso, a condição de soropositividade tende a aumentar o estigma e a discriminação dessas mulheres em um perverso sinergismo que retroalimenta em escala ampliada sua vulnerabilidade.¹⁰

A grande maioria das mulheres entrevistadas relatou ter sido infectada pela via sexual. Para essa via de exposição ao HIV, a categoria “relações sexuais desprotegidas com parceiro infectado por mulher” apareceu com mais freqüência entre as negras, enquanto a categoria “relações sexuais desprotegidas com parceiro usuário de droga injetável” foi mais citada por mulheres não-negras. Esses dados indicam que as mulheres negras estão conectadas a redes de transmissão sexual, que reúne outros agentes infecciosos, além do HIV. A transmissão heterossexual é a que mais cresce no Brasil.⁵

No imaginário coletivo, a Aids é apresentada como “doença dos outros”, “doença da rua” ou “doença dos solteiros”. Em razão dessa leitura, os homens com parceria fixa não são motivados a usar preservativo, salvo como contraceptivo.⁷ Os entraves colocados para as mulheres na negociação do sexo protegido, independentemente do seu grau de instrução, poder aquisitivo, autonomia financeira, das trajetórias ou estilo de vida do parceiro (no caso dos usuários de drogas injetáveis), revelam, por um lado, as desigualdades de poder com base no gênero⁴ e, por outro, o estatuto de confiança e cumplicidade que rege as parcerias estáveis. A estabilidade do vínculo afetivo-sexual é interpretada

como passaporte seguro para a não-infecção, tanto para homens como para mulheres.¹ Essas normas e valores sociais, “naturalmente” absorvidos e acatados, certamente colaboraram para o aumento da vulnerabilidade das mulheres à infecção por HIV. Embora deva-se considerar que cada relação sexual representa uma interação social, um contexto intersubjetivo, especial e único, foi importante a caracterização dessa vulnerabilidade pela raça/cor, uma vez que sua utilização permitiu identificar diferenças no padrão de exposição sexual ao vírus, como descrito anteriormente por Paxton et al* para população feminina afro-americana.

As mulheres negras, quando comparadas às demais entrevistadas, foram atendidas em menores proporções por odontólogos, médico de outra especialidade (não infectologista ou ginecologista), outro profissional, e por nutricionista. A atuação de uma equipe multiprofissional nos serviços especializados pressupõe que todos os seus membros reflitam sobre a epidemia e suas consequências nas mais diversas realidades. Todavia, os dados do presente estudo indicam que a visão de integralidade e intersetorialidade nem sempre está presente nas ações de saúde dirigidas às mulheres que vivem com HIV/Aids. O cuidado oferecido a essas mulheres parece focalizar quase exclusivamente o tratamento anti-retroviral e o manejo clínico da infecção, sem atentar que a atenção integral pode beneficiar o sucesso do tratamento clínico (com o controle de outros processos concomitantes de adoecimento, por exemplo), além de responder à legítima demanda por qualidade de vida.

A maioria das mulheres estudadas afirmou ter facilidade para falar de suas preocupações e tirar dúvidas com o infectologista e o ginecologista e ter facilidade em entender o que eles dizem. Apesar disso, muitas não souberam explicar o significado e a finalidade dos exames de CD4 e de carga viral.¹³ A referência à dificuldade em dialogar com médicos especialistas e à dificuldade de compreender os significados de seus exames foi mais expressiva entre as mulheres negras.

A distância social que separa médicos e usuários contribui sobremaneira para a inadequação da linguagem e dificulta a aproximação entre essas pessoas e com suas

realidades. Isso somado às dificuldades em abordar aspectos da vida, excluindo aqueles imediatamente relacionados à condição clínica dos sujeitos em atendimento, são os principais impeditivos para a ocorrência de uma interação efetivamente positiva entre médico e usuários e usuárias do serviço.^{3,15,**} Ao perder a oportunidade de se fazer entender, os profissionais deixam de contribuir para a melhoria da qualidade de vida da mulher e, indiretamente, incrementam sua vulnerabilidade ao adoecimento. No caso das mulheres envolvidas no presente estudo, as desvantagens assumiram maior peso entre as negras.

Em conclusão, a adoção da variável raça/cor na análise de aspectos socioantropológicos relacionados à vulnerabilidade de mulheres à infecção e adoecimento pelo HIV permitiu identificar diferenças significativas entre negras e não-negras. Tal heterogeneidade antecede e vai além da presença do vírus no corpo das mulheres, mostrando-se relevante para o planejamento de programas e ações destinados à prevenção e ao cuidado voltados para a epidemia de Aids.

O uso de raça/cor como categoria analítica indica caminhos para melhor compreender como as interações sociais – na intersecção com gênero e condições socioeconômicas – produzem e reproduzem desvantagens na exposição das mulheres negras às ameaças à sua saúde, assim como impõem restrições no uso de recursos adequados ao seu cuidado.***

Recomenda-se, assim, o aprofundamento de estudos nessa direção e a adoção, por parte dos serviços e programas de saúde, de medidas de prevenção e cuidado sensíveis às desigualdades raciais e de gênero. Nesse sentido, ações intersetoriais parecem ser fundamentais para aumentar a percepção e compreensão da vulnerabilidade ao HIV entre mulheres negras, melhorar seu acesso a bens e serviços necessários ao cuidado integral de sua saúde, favorecer as condições políticas para problematizar e superar desigualdades sociais baseadas no estigma e discriminação de caráter racial e de gênero. Além disso, tais ações poderão preparar serviços e profissionais para o melhor desempenho do papel estratégico que possuem na construção das respostas acima indicadas.

* Paxton KC, Myers HF, Wyatt GE. Do the factors that predict sexual risk behaviour among women differ by ethnicity? XIV International Conference AIDS [CD-Rom] 2002 jul 7-12; Barcelona, Espanha. Bologna: Monduzzi Ed.; 2002. p. 163-6

** Guimarães MAC. Vulnerabilidade subjetiva. In: Anais do Seminário A Vulnerabilidade da População Afro-brasileira à Epidemia de HIV/AIDS; 2001 dez 10-11; Rio de Janeiro, Brasil; 2001

*** Lopes F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. In: Batista LE, Ickmann S. Seminário Saúde da População Negra do Estado de São Paulo 2004. São Paulo: Instituto de Saúde; 2005. p. 53-101. (Temas em Saúde Coletiva, 3).

REFERÊNCIAS

1. Almeida CCL. Risco e saúde reprodutiva: a percepção dos homens de camadas populares. *Cad Saude Publica*. 2002;18(3):797-805.
2. 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. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ; 2003. p.117-39.
3. Ayres JRCM. Debate sobre o artigo de Fry et al. *Cad Saude Publica* [periódico na internet]. 2007 [Acesso em 12/3/2007];23(3):519-20. Disponível em <http://www.scielo.br/>
4. Barbosa RM. Negociação sexual ou sexo negociado? Poder, gênero e sexualidade em tempos de aids. In: Parker R, Barbosa R, coordenadores. Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: Editora 34; 1999. p.73-88.
5. Dourado I, Veras MA de SM, Barreira D, Brito AM de Tendências da epidemia de Aids no Brasil após a terapia ant-retroviral. *Rev Saude Publica*. 2006; 40(supl):9-17.
6. Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para as Mulheres. Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas. Retratos das desigualdades [CD-Rom]. 2. ed. Brasília: UNIFEM/IPEA/DFID; 2006.
7. Guerriero ICZ, Ayres JRCM, Hearst N. Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais, São Paulo, SP. *Rev Saude Publica*. 2002;36(4 Supl):50-60.
8. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Aids epidemic update. Geneva; 2002.
9. Oliveira AP, Mattos UAO. Contribuições da ciência pós-normal à saúde pública e a questão da vulnerabilidade social. *Hist Cienc Saude-Manguinhos*. 2001;8(3):567-90.
10. Parker R, Camargo Jr. KR. Pobreza e HIV/Aids: aspectos antropológicos e sociológicos. *Cad Saude Publica*. 2000;16 (Supl 1):89-102.
11. Parker R, Galvão J. Quebrando o Silêncio. Mulheres e Aids no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará /IMS /UERJ; 1996.
12. Pinho MD, Berquó E, Lopes F, Oliveira KA, Lima LCA, Pereira N. Juventudes, raça e vulnerabilidades. *Rev Bras Estud Popul*. 2002;19(2):277-94.
13. Segurado AC, Miranda SD, Latorre MRDO, Brazilian Enhancing Care Team. Evaluation of the care of women living with HIV/Aids in São Paulo, Brazil: identifying demands for enhancement. *AIDS Patient Care and STDs*. 2003;17(2):85-93.
14. Travassos C, Williams DR. The concept and measurement of race and their relationship to public health: a review focused on Brazil and the United States. *Cad Saude Publica*. 2004;20(3):660-78.
15. Villela WV. Prevenção do HIV/Aids, gênero e sexualidade: um desafio para os serviços de saúde. In: Barbosa R, Parker RM, organizadores. Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: Editora 34; 1999. p.199-214.

Artigo baseado na tese de doutorado de F Lopes, apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, em 2003.

F Lopes foi apoiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq - bolsa de mestrado).