

4º Congresso - Comunicação - Tema: Ciência Social e Comportamental (Social and Behavioural Science) - Data: 2003-10-14

HIV/SIDA - Comportamentos de risco em mulheres portuguesas - Versão PDF

Autor(es) : Cristina Lopes Vieira

Co-autor(es) : Luísa Ferreira da Silva, Manuela Moura; Sofia Pinto

Palavras-chave:

Mulheres, população carenciada, prostitutas, PALOP, toxicodependentes, comportamentos de risco, HIV/SIDA, preservativo mascul

Resumo:

Os dados apresentados referem-se à amostra Portuguesa constituída por 71 mulheres repartidas por quatro grupos: indiferenciadas étnica;

Este estudo foi efectuado no âmbito do Projecto Europeu "Iniciativa para a Saúde das mulheres - Mulher Faz por Ti" e procura grupos face aos comportamentos de risco/preventivos face ao HIV/SIDA; crenças e estereótipos face ao uso do preservativo ma declarada de IST e as atitudes face ao HIV/SIDA.



COMPORTAMENTOS DE RISCO EM MULHERES PORTUGUESAS

Percepção do Risco, Crenças e Atitudes face à transmissão do HIV/SIDA através das relações sexuais

(Dados comparados sobre quatro grupos de mulheres)

Cristina Lopes Vieira[1] ; Manuela Moura[2]; Sofia Pinto[3]; Luísa Ferreira da Silva[4]

INTRODUÇÃO

A consciencialização generalizada da incapacidade até ao momento, de eliminar o vírus do HIV/SIDA suscitou, já no final do século XX, grandes esforços por parte da comunidade científica. O posicionamento social face ao SIDA afectou a forma como se desenvolvera longo do tempo.

Para as sociedades modernas a saúde tornou-se um indicador essencial do equilíbrio de bem-estar geral e de desenvolvimento cultural. A problemática do SIDA deixou transparecer as vulnerabilidades e fragilidades dos países mais desenvolvidos e dos países pobres no que respeita aos indicadores de saúde (ONUSIDA, 2000).

Vários estudos têm vindo a demonstrar que a precaridade económica e social – poucos recursos económicos, baixa escolaridade, diferentes recursos médico-sanitários e sociais - potencializa uma maior vulnerabilidade à transmissão do HIV/SIDA.

Os grupos marginalizados, entre eles as pessoas que se prostituem, consumidores de drogas e minorias étnicas, estão frequentemente ao risco de contágio do HIV (Barthey et al., 1998; Bloor, 1987; Singer, 1994; Soskolne, 2002).

A ONUSIDA tem vindo, também, a alertar para a existência de um significativo volume da população mundial que permanece porque desconhece os conceitos básicos da doença e da sua transmissão. Esta organização mundial refere, também, que quanto maior a escolaridade, maior é o nível de informação em relação à doença e, maior é a atenção dada à protecção nas relações sexuais.

Esta fragilidade, característica das populações carenciadas, acumula no caso das mulheres, a sua particular vulnerabilidade em ambientes culturais de dominância masculina, raramente questionam o comportamento do parceiro e dificilmente colocam em questão a interferir com a prerrogativa masculina de desfrutar de sexo livre de responsabilidades. Heilborn (1999), num estudo desenvolvi

propósito dos comportamentos assertivos em relação ao uso do preservativo, mostra que as mulheres, embora conscientes dos riscos submetem-se à vontade masculina e desistem do uso do preservativo. Bourdieu (1999) a propósito da perspectiva *androcêntrica*, que a primazia do masculino nas diferentes interações sociais, salienta o impacto do processo de *"in-corporação"* do modelo de do na construção de identidade do que é ser homem e ser mulher, tanto nas posturas corporais quanto nas categorias mentais.

É, também, frequente o discurso de associação da doença ao consumo de drogas, à promiscuidade sexual e à sexualidade extrínseca. O reforço da noção de saúde como propriedade do indivíduo *"normal"* (Helman, 1984; Crawford, 1994; Singer, 1994)

O SIDA não pode, no entanto, ser apenas analisado ao nível dos grupos ou categorias sociais. A problemática que o rodeia é sociológica por uma sociedade com raízes histórico-religiosas de negação do corpo e da sexualidade, nomeadamente nas suas manifestações no sistema familiar. A propagação da doença é atribuída aos comportamentos de risco, comportamentos íntimos e comportamentos de culpabilização das vítimas. Os indivíduos infectados tornam-se, assim, responsáveis por terem adoptado comportamentos de risco e não do SIDA. De vítimas passaram a culpadas. Como refere Sontag (1989) as construções metafóricas da doença trazem consequências sociais.

A epidemia do SIDA intensifica as relações simbólicas que assentam basicamente na fronteira entre o *"eu"* e o *"outro"* criando um mundo repleto de estereótipos. O conceito de saúde é distanciada do conceito de doença mediante conceitos antagónicos que reforçam a dicotomia entre:

- as pessoas *"responsáveis"* / das *"não responsáveis"*;
- as pessoas que tiveram o cuidado de se protegerem / das que não tiveram esse cuidado (e que por isso foram perigosas);
- as pessoas que cumpriram a lei / das que a transgrediram (e por isso necessitam de ser constantemente supervisionadas) (C

A interpretação contextualizada da doença faz-nos aceder às crenças e aos valores construídos e partilhados pelos indivíduos. Eles têm vindo a demonstrar que a informação não é, por si só, suficiente para a mudança dos comportamentos e salientam que existem factores que influenciam o comportamento humano sendo, a percepção do risco um elemento fundamental na atitude comportamental. Por exemplo, Connors (1992) concluiu, num estudo efectuado com população toxicodependente, que este grupo coloca, no topo das suas preocupações, o risco associado com a procura / obtenção (ilegal) da droga, não o associando com o risco inerente à transmissão.

A noção de risco não pode ser dissociada da lógica relacional (Connors, 1992) com a sua rede de significados e relações sociais que dificultam a decisão. O risco é relativizado e hierarquizado pelo indivíduo, condicionado pelas suas relações interpessoais, com papéis e diferentes relações de poder. A percepção do risco é subjectiva e por isso susceptível de negociações entre o *"eu"* e o *"outro"*.

Ou seja, reconhecer o SIDA como um todo social condiciona a percepção do risco como uma opção individual e racional

O estudo aqui apresentado trata especialmente do risco associado à transmissão do HIV. Os dados referem-se à amostra portuguesa de investigação de âmbito europeu[5] .

AMOSTRA

À partida, pretendia-se que a amostra fosse constituída por 100 mulheres (hetero, homo ou bissexual) que tivessem tido relações sexuais nos meses precedentes ao estudo; faixa etária entre os 20 e os 49 anos; nível educacional e sócio-económico médio-baixo e situação não conhecida. Obedecendo a estes critérios, a amostra deveria ser organizada em quatro grupos de mulheres: 25 mulheres indiferenciadas, 25 de uma minoria étnica, 25 prostitutas e 25 toxicodependentes.

Amostra portuguesa

Na realidade, a amostra portuguesa foi constituída por 71 mulheres repartidas do seguinte modo: 24 mulheres da população portuguesa, 16 mulheres de uma minoria étnica (PALOP); 16 mulheres prostitutas; 10 mulheres toxicodependentes.

O motivo pelo qual a amostra foi menor do que o inicialmente previsto foi a grande dificuldade em obter a efectiva colaboração de não toxicodependentes para participarem no projecto. Algumas das características destas duas populações (por exemplo a dificuldade

cumprir compromissos) podem ser apontadas como obstáculos à sua colaboração. Por outro lado, a exigência de que o grupo toxicodependentes fosse consumidora activa no ultimo ano limitou o numero de participantes encaminhados pelos Centros de Tratamento de Dependência.

Trata-se de uma amostra de pequena dimensão que não apresenta uma distribuição homogénea por grupos, pelo que, este estudo como um estudo exploratório, não sendo representativo para a população portuguesa nem para os grupos aqui referenciados.

METODO E INSTRUMENTOS

O estudo refere-se a um projecto que obedeceu a quatro fases: 1) aplicação de questionário de pré-teste; 2) seminário de intervenção; 3) aplicação de questionário de pós-teste A e 4) aplicação de questionário de pós-teste B.

A análise aqui apresentada corresponde aos dados recolhidos através do questionário de pré-teste em Portugal, isto é, diz respeito a questões directamente relacionadas com a percepção do risco, crenças e atitudes face à transmissão do HIV/SIDA.

Este questionário, de administração directa, composto por 357 questões, incidiu sobre os conhecimentos, atitudes e comportamentos em relação à transmissão do HIV/SIDA. Para este estudo foram trabalhadas 87 perguntas.

O questionário é composto maioritariamente por perguntas fechadas recorrendo a escalas tipo "likert" - o que permite às entrevistadas responderem-se num continuum de respostas entre o extremo positivo e o extremo negativo - e perguntas dicotómicas.

Iniciamos a apresentação caracterizando a amostra demográfica e socialmente a nossa amostra. Em seguida, analisaremos as respostas seleccionadas que permitem conhecer:

- comportamentos preventivos / risco;
- crenças e estereótipos em relação ao preservativo masculino;
- incidência declarada de Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST
- atitudes face ao HIV/SIDA;

No tratamento dos dados foi utilizado o programa informático SPSS. Para análise de significâncias dos dados foi aplicado o teste de Tukey, neste trabalho, com diferentes letras as médias que diferem entre si.

RESULTADOS

Caracterização sócio-demográfica

Analisada a média de idades por grupo, constatamos diferenças entre os grupos: o grupo das toxicodependentes apresenta uma média mais baixa (aproximadamente 31 anos) e o grupo das indiferenciadas é constituído por mulheres mais velhas (aproximadamente 38 anos).

As habilitações literárias são de nível médio-baixo em três dos grupos: entre o 1º e 2º ciclo, temos 16:24 mulheres do grupo das indiferenciadas; 14:16 do grupo da população prostituta e 8:10 do grupo da população toxicodependente. Ao contrário, no grupo da minoria étnica, apenas 3:21 mulheres se situam nesse nível de escolaridade, uma vez que apresenta um número importante de mulheres com o 3º ciclo (15:21), encontrando-se as restantes ao nível do ensino secundário e superior.

Relativamente à situação profissional, verificamos que cerca de 61% das mulheres encontram-se em situação de desemprego. No grupo das prostitutas encontramos 15:16 mulheres que se classificaram como desempregadas assim como 8:10 toxicodependentes.

Dentro do grupo de mulheres que refere ter uma actividade profissional (38,9%), é o grupo de mulheres indiferenciadas que apresenta a percentagem mais elevada (26,4%) seguindo-se o grupo de minoria étnica (8,3 %). Salientamos, contudo, que grande parte das mulheres consideram activas profissionalmente efectuam essencialmente trabalhos indiferenciados e sem vinculo laboral, como por exemplo, o trabalho esporádico como empregada doméstica.

Quanto à existência de parceiro sexual principal constata-se que a grande maioria das mulheres dos grupos "indiferenciada", "prostituta" e "toxicodependente" tem um parceiro sexual principal.

"prostituta" refere ter parceiro principal. No caso da população "toxicodependente" só um pouco mais de metade do grupo refere ter

Quadro nº 1 –parceiro principal por grupo da amostra

População Indiferenciada (n=24)	20
População Minoria Étnica (PALOP) (n=21)	17
População Prostituta (n=16)	15
População Toxicodependente (n=10)	6

Em suma, os grupos estão genericamente de acordo com os critérios previamente definidos, à excepção do grupo "minorias étnicas" pelo seu nível de escolaridade mais elevado.

COMPORTAMENTOS PREVENTIVOS / RISCO

A revisão bibliográfica efectuada na introdução, permite-nos constatar que diversas investigações salientam a pertinência do conhecimento acerca dos comportamentos preventivos / risco para a problemática do SIDA.

Na nossa amostra, podemos constatar que a grande maioria das mulheres (69:71) refere-nos "*saber o que é o Sida*" e a sua total *preservativo*" como meio de prevenção do HIV.

Questionada a amostra, acerca do uso do preservativo nas relações sexuais com o parceiro principal e com outros parceiros: frequência de nunca (1), raramente (2), ocasionalmente (3), frequentemente (4) e muito frequentemente (5), constatou-se que:

- relativamente à frequência do uso do preservativo com o **parceiro principal**, verificamos que os vários grupos da amostra frequentemente (4) não usam o preservativo nas relações sexuais com o parceiro principal. Apesar de não se constarem diferenças entre os diferentes grupos da amostra (F=2,5; p=0,07), sobressai o grupo de mulheres prostitutas com um valor ligeiramente maior de preservativo.

- frequência do uso do preservativo aumenta no caso das relações com **outros parceiros**. Apesar de não se evidenciarem diferenças entre os grupos (F=1,22; p=0,322) dentro da amostra, constatamos que os grupos de mulheres toxicodependentes e prostitutas apenas raramente usam preservativo nas relações sexuais com outros parceiros, enquanto que o grupo da população indiferenciada e de minorias étnicas ocasionalmente (3) usa o preservativo.

Quadro n.º 2: Média de relações sexuais sem preservativo por grupo de amostra

	Relações sexuais sem preservativo	
	Parceiro principal:	Outros Parceiros:
Toxicodependente	(n=5) 4,60	(n=5) 1,60
Prostituta	(n=15) 3,47	(n=15) 2,13
Indiferenciada	(n=20) 4,30	(n=4) 3,00
Minorias étnicas	(n=16) 4,63	(n=5) 3,00

Escala utilizada de 1= nunca a 5 =muito frequentemente

Importa salientar que do conjunto de mulheres que referem ter tido relações sexuais com o parceiro principal sem preservativo, 8 (minoria étnica; 4 prostituta) referem saber e/ou suspeitar da existência de outros parceiros por parte deste.

Avaliando o uso do preservativo em todas as relações sexuais nos últimos doze meses, constatamos que são as mulheres do grupo que mais usaram o preservativo, apesar de não haver diferenças significativas ($F=2,369$; $p=0,078$) dentro da amostra.

Quadro n.º 3: Usou preservativo sempre que teve relações sexuais nos

últimos 12 meses por grupo de amostra

	Sim	Não	TOTAL
Toxicodependente	1	9	10
Prostituta	5	11	16
Indiferenciada	1	23	24
Minoria étnica	2	19	21
TOTAL	9	62	71

Quando questionadas sobre as razões de não terem usado o preservativo durante o último ano, verificamos que 8:14 na população 7:16 na minoria étnica e 5:6 na toxicodependente seleccionam como opção "*não precisar porque usava outros métodos contraceptivos*" referir que não obtivemos dados relativos à população prostituta uma vez que esta não respondeu à questão. Estes dados permitem ver que o uso do preservativo por parte destes grupos da amostra aparece mais associado a uma prática contraceptiva do que preventiva face

Quando analisada a questão de saber se, no último ano, a entrevistada "*pediu ao seu parceiro para usar preservativo*", verificamos que as "indiferenciadas" e de "minoria étnica" raramente solicitaram o uso do preservativo enquanto que o grupo de "prostitutas" fez (F=4,530; p=0,006) - ver quadro n.º 4.

Perante a possibilidade de, no último ano, "*recusou ter relações sexuais porque o seu parceiro não quis usar preservativo*", encontramos diferenças significativas (F=7,400; p=0,000) entre os grupos da amostra, destacando-se os grupos das mulheres prostitutas e toxicodependentes como mais afirmativas na recusa.

Quadro n.º 4: Assertividade e intencionalidade comportamental por grupo da amostra

	Último ano		Próximos 3 meses	
	Pediu ao parceiro para usar preservativo	Recusou ter relações sexuais porque ele não quis usar preservativo	Insistir no uso do preservativo	Recusar ter relações sexuais sem preservativo
Indiferenciada	(n=22) 2,05 a	(n=22) 1,41 a	(n=24) 2,71 a	(n=24) 2,5
Minoria étnica	(n=21) 2,05 a	(n=21) 1,29 a	(n=21) 2,90 ab	(n=21) 2,76
Toxicodependente	(n=9) 2,78 ab	(n=9) 2,22 b	(n=9) 4,00 b	(n=9) 3,56
Prostituta	(n=16) 3,69 b	(n=16) 2,81 b	(n=16) 4,00 b	(n=16) 3,67

Escalas utilizadas:

1= nunca a 5= muito frequentemente / 1= muito improvável a 5= muito provável

Ao nível das intenções comportamentais, confrontou-se a amostra com a possibilidade de imaginar a sua vida sexual nos próximos 3 meses com a probabilidade de "*insistir que o preservativo fosse usado todas as vezes que tivesse relações coitais*", constatando-se diferenças significativas (F=3,110; p=0,032) entre os grupos. O grupo de mulheres indiferenciadas apresenta uma resposta de menor peso do que os outros grupos, é superior neste grupo estas declarações de intenção de uso de preservativo em relação ao comportamento efectivo no último ano.

Quando questionadas acerca da possibilidade de, nos próximos 3 meses, "*recusar ter relações sexuais sem preservativo*", verificamos que as

não se diferencia, assumindo uma posição intermédia. Parece-nos pois, que aquela intencionalidade comportamental poderá representativa de aproximação ao que se considera ser a resposta socialmente desejável, não se apresentando consistente com o comportamento efectivo.

Paralelamente, confrontou-se a amostra com a questão de "*sentir-se-ia mais responsável se usasse preservativo*", verificando-se que a amostra se situou do lado da concordância com a frase. É, contudo, o grupo das mulheres prostitutas que apresenta valores de concordância com significância estatística ($F=3,669$; $p=0,016$) quando comparado com os outros grupos.

CRENÇAS E ESTEREÓTIPOS EM RELAÇÃO AO PRESERVATIVO MASCULINO

A transmissão do HIV/SIDA por via das relações sexuais tem como meio de prevenção privilegiado o uso do preservativo. Como já nossa população concorda com a ideia generalizada de que o preservativo masculino é um meio de prevenção do HIV e IST, o preservativo aparece associado a crenças e estereótipos que de alguma forma condicionam a prática recorrente e correcta do seu uso. As questões nº 5A e nº 5B encontram-se discriminadas o posicionamento das mulheres a algumas destas crenças e estereótipos.

"O preservativo rompe facilmente"

Analisando o **quadro n.º 5 A**, verificamos que em todos os grupos a maioria das mulheres que respondem a esta questão, consideram verdadeira. Esta afirmação, tratada aqui como crença, remete para a possível fragilidade dos preservativos utilizados, nomeadamente esta resposta ser relevante também no grupo das prostitutas (grupo de maior utilização do preservativo).

"Para usar um preservativo convenientemente é preciso desenrolá-lo antes de o colocar"

Apesar de apenas uma pequena parte das mulheres, em cada grupo, concordar com a frase em causa, o facto é que 25 mulheres consideram necessário desenrolar o preservativo antes de o colocar, revelando um desconhecimento quanto ao uso correcto do mesmo. Dos grupos das indiferenciadas e minoria étnica são aquelas que apresentam um número mais elevado de concordância com a afirmação, ainda que, no grupo das prostitutas algumas mulheres concordaram com esta afirmação.

"Para usar um preservativo convenientemente deve-se retirar o pénis da vagina após a ejaculação"

Em todos os grupos, mais de metade da população referiu ser esta uma afirmação falsa. Isto permite-nos concluir que é razoável na amostra, o desconhecimento da pertinência da questão.

Quadro n.º 5 A : Crenças face ao preservativo masculino / numero de respostas por grupos da amostra

	Resposta afirmativa à questão:	Resposta afirmativa à questão:	Resposta negativa à questão:
	"O preservativo rompe facilmente"	"Para usar um preservativo convenientemente é preciso desenrolá-lo antes de o colocar"	"Para usar um preservativo convenientemente deve-se retirar o pénis da vagina após a ejaculação"
Indiferenciada	(n=22) 14	(n=23) 10	(n=21) 12
Minoria étnica	(n=19) 13	(n=20) 9	(n=16) 10
Toxicodependente	(n=8) 5	(n=9) 1	(n=10) 7

Prostituta	(n=16)	(n=15)	(n=16)
	12	5	12

"O preservativo masculino corta o prazer"

Tomando por referência o **quadro n.º 5 B**, podemos referir que de uma forma geral, todos os grupos da amostra se posicionam na escala de 1 a 5 revelando que "nem concorda nem discorda" com esta afirmação. Saliente-se que o grupo das prostitutas é o que se aproxima do "concordar".

"Com o preservativo a relação sexual não parece natural"

Na sua grande maioria, as mulheres dos grupos da minoria étnica, toxicodependente e prostituta "concorda" com esta afirmação próximo do valor 4. O grupo das mulheres indiferenciadas é aquele que revela uma posição mais neutra entre o "nem concordo nem discordo" e o "concordo", o que poderá ser explicado pelo facto de ser o grupo que menos usa o preservativo nas suas relações sexuais.

"O preservativo masculino atrasa o orgasmo"

A comparação das médias entre os grupos da amostra permite-nos constatar existirem diferenças significativas ($F=3,212$; $p=0,029$). O grupo de mulheres indiferenciadas distancia-se do grupo das prostitutas, posicionando-se num valor intermédio de 3 – "nem concordo nem discordo" enquanto que estas últimas se posicionam na escala acima do valor 4 – "concordo". Entre estes valores encontram-se as restantes diferenças significativas.

"As pessoas usam preservativo porque têm relações sexuais com muitas pessoas"

Apesar de não se constatarem diferenças significativas dentro da amostra ($F=2,012$; $p=0,121$), verifica-se uma maior tendência das prostitutas concordarem com a afirmação em causa. Efectivamente, o grupo das prostitutas posiciona-se numa média de valor que contrasta com os restantes grupos que se situam do lado da discordância apresentando uma média de valor inferior a 3.

"É o homem que tem de trazer o preservativo e mostrá-lo no momento certo"

Pelos valores médios da resposta a esta questão, verifica-se que todos os grupos discordam desta afirmação. No entanto, constatam-se diferenças significativas ($F=3,327$; $p=0,025$) entre os grupos da amostra.

As mulheres prostitutas e toxicodependentes são as que mais discordam da responsabilidade do homem trazer o preservativo no momento certo, parecendo existir, por parte destes grupos, um maior reconhecimento de que a responsabilidade do preservativo de evitar a transmissão de doenças é por ambos os sexos.

Quadro n.º 5 B : Crenças face ao preservativo masculino / média de respostas por grupos da amostra

	Preservativo masculino corta o prazer	Com o preservativo a relação sexual não parece natural	O preservativo atrasa o orgasmo	As pessoas que usam preservativo têm relações sexuais com muitas pessoas	É o homem que tem de trazer o preservativo e mostrá-lo no momento certo
Indiferenciada	(n=24) 2,96	(n=22) 3,36	(n=23) 3,00 a	(n=24) 2,88	(n=24) 2,83 b
Minoria étnica	(n=21) 3,19	(n=21) 3,95	(n=21) 3,43 ab	(n=20) 2,50	(n=21) 2,86 b
Toxicodependente	(n=9) 3,11	(n=10) 3,60	(n=7) 3,43 ab	(n=9) 2,00	(n=10) 1,70 a
Prostituta	(n=16) 3,69	(n=16) 3,75	(n=16) 4,38 b	(n=16) 3,50	(n=16) 1,81 a

Escala utilizada: 1= discorda totalmente a 5= concorda totalmente

INCIDÊNCIA DECLARADA DE IST

Neste estudo procurou-se conhecer a incidência auto-declarada de IST junto da população da nossa amostra. Esta preocupação, e a nossa análise as IST, prende-se com o facto de alguns autores (Messiah, A et al, 2001) e nomeadamente a OMS referirem que em situações de maior precaridade sócio-económica evidenciam, também, um maior índice de IST.

Tendo por base este objectivo, perguntamos às mulheres da amostra se “alguma vez um médico ou outro técnico de saúde” lhes diagnosticou uma infecção e qual.

No **quadro n.º 6** constata-se que 47,9% da amostra teve já algum tipo de IST, das quais 32,4% pertencem ao grupo de mulheres indiferenciadas.

Quadro n.º 6: Incidência de IST por grupo da amostra

	IST		
	Sim	Não	Não sabe
Indiferenciada	(n=24) 11	(n=24) 13	(n=24) 0
Minoria étnica	(n=21) 7	(n=21) 13	(n=21) 1
Toxicodependente	(n=10) 8	(n=10) 2	(n=10) 0
Prostituta	(n=16) 8	(n=16) 7	(n=16) 1
TOTAL	34 47,9%	35 49,3%	2 2,8%

Efectuando uma análise do tipo de IST por grupo da amostra (ver **quadro n.º 7**) damos conta de que a população indiferenciada e a prostituta atravessa quase todas as tipologias de forma pouco incidente, enquanto que aparece uma maior incidência de casos de sífilis no grupo das minorias étnicas e de hepatites no grupo das toxicodependentes.

Quadro n.º 7: IST por grupo da amostra

	sífilis	gonorreia	herpes genital	condiloma	hepatites	tricomonia se	micose	outras
Indiferenciada	2	0	2	0	2	1	4	1
Minoria étnica	1	1	0	1	1	2	1	0
Prostituta	6	1	1	1	1	2	1	0
Toxicodependente	2	0	0	0	8	1	2	0
TOTAL	11	2	3	2	12	6	8	1

PERCEPÇÃO DO RISCO DE TRANSMISSÃO DO HIV/SIDA

A percepção do risco, eminentemente subjectiva e condicionada pelos diferentes significados assumidos em diferentes papéis e torna-se num dos factores de influência do comportamento humano. Efectivamente, a interpretação individual das diferentes situações em distintos contextos espaço-temporais conduz a uma percepção face ao risco de contágio do HIV como sendo de maior ou menor importância.

Questionando a amostra sobre “até que ponto pensa que o vírus da SIDA é uma ameaça no seu seio familiar e de amigos”, as mulheres responderam numa escala entre nenhuma ameaça (1) a grande ameaça (5). A análise das respostas dá conta de que, de um modo geral, a amostra percebe a SIDA como uma ameaça. Contudo, o grupo de mulheres indiferenciadas são as que menos consideram a SIDA uma ameaça posicionando-se em valores moderados (3,04) enquanto que os restantes grupos se posicionam num valor de maior ameaça.

Quando analisada a questão de “quantas pessoas conhece infectadas ou que morreram com HIV”, constatamos que 59 % da amostra conhece pelo menos uma pessoa infectada. Efectuando uma análise por grupos da amostra observamos que 15:24 indiferenciadas, 13:14 minoria étnica e 8:9 toxicodependentes conhecem alguém infectado.

Cruzando estes dados com a percepção do HIV como ameaça é curioso constatar que no grupo de indiferenciadas, apesar de um número significativo de pessoas infectadas, é o grupo que menor vivencia uma percepção de ameaça do HIV, enquanto que o grupo da minoria étnica apresenta um menor conhecimento de pessoas infectadas mas revela uma maior percepção do HIV como ameaça.

Ao nível da intenção comportamental das mulheres da amostra para com pessoas infectadas pelo HIV/SIDA (quadro nº 8) foram analisadas as questões as quais poderão ser analisadas segundo duas vertentes: o risco efectivo provocado pelo contacto directo com alguém infectado e o relacionamento com o outro infectado

Quadro n.º 8: Intenção comportamental perante pessoas com HIV/SIDA. Média por grupos da amostra

	Partilharia um jantar com alguém infectado pelo vírus da SIDA/HIV?	Permitiria aos seus filhos terem amigos infectados pelo SIDA?	Viveria com alguém infectado pela SIDA/HIV?	Teria relações sexuais, usando o preservativo, com alguém infectado pela SIDA/HIV?
Indiferenciada	(n=24) 3,8	(n=24) 3,3	(n=24) 3,3	(n=24) 2,2 ab
Minoria étnica	(n=20) 3,8	(n=20) 2,7	(n=19) 2,9	(n=20) 1,4 a
Toxicod dependente	(n=10) 4,5	(n=10) 4,0	(n=9) 4,3	(n=10) 3,4 c
Prostituta	(n=16) 3,6	(n=15) 3,5	(n=16) 2,8	(n=16) 2,9 bc

Escala utilizada: 1= muito improvável a 5= muito provável)

Quando questionadas sobre com que probabilidade poderiam concretizar cada uma das situações apresentadas no quadro acima a probabilidade de aceitarem situações de convivalidade com pessoas infectadas com HIV é maior do que a de se relacionarem com pessoas infectadas de forma mais íntima.

No entanto, gostaríamos de salientar a posição das mulheres do grupo minoria étnica dado que são estas que colocam, ainda que com uma menor probabilidade em terem relações - de maior ou menor intimidade - com pessoas infectadas com o vírus do SIDA. No grupo das mulheres toxicod dependentes que encontramos uma maior probabilidade para um relacionamento com pessoas infectadas

DISCUSSÃO

A lógica de pensamento que está subjacente ao estudo do HIV/SIDA, é a de que a síndrome não é um mero revelador da doença física, mas um eixo de análise que permite a leitura de processos sociais e culturais complexos. Ou seja, através dele poderemos analisar a relação entre as pessoas, a sexualidade, os valores e os afectos emergentes no dia-a-dia de toda uma sociedade. As atitudes assimiladas de uma forma individual - provenientes da própria experiência de desenvolvimento de cada um - e como tal determinam as atitudes subjectivas.

O risco e a percepção do risco cruza-se com toda a interacção simbólica entre a morte e a vida, influenciada pela grande carga afectiva das relações entre as pessoas. Este estudo faz aparecer alguns valores associados aos comportamentos preventivos. Por exemplo, as mulheres da amostra assumem a sua relação com o parceiro principal permitiu-nos perceber que prevalecem valores que suporta a relação implícita ou explícita, o "mito" da imunidade do casal. Nomeadamente, quando constatamos que os diferentes grupos das mulheres usam preservativos, de forma sistemática, com o parceiro principal, mesmo quando têm conhecimento da existência de outras relações por parte deste. Contrariamente, damos conta que a frequência do uso do preservativo aumenta nas relações sexuais com outros parceiros (1998), faz referência a um estudo desenvolvido por Sibthorpe, em 1992, que analisou a correlação entre o uso do preservativo e a distância social e emocional, entre os parceiros (por exemplo prostitutas). Neste estudo verificou-se que quanto maior é a distância, social e emocional, entre os parceiros (por exemplo prostitutas) maior é a probabilidade do uso do preservativo. Inversamente, nas relações de maior intimidade, a confiança e o amor são as razões mais citadas para a rejeição do uso do preservativo.

O estudo permite supor que existirá alguma resistência ao uso do preservativo provocada pela associação de valores depreciativos: diminuição do prazer sexual, não parecer natural e o facto deste romper facilmente. Por outro lado, constata-se, ainda uma consequente rejeição relativamente à sua aquisição - manifestada principalmente pela população indiferenciada.

Um outro aspecto que influencia a decisão do não uso do preservativo prende-se com o facto da sua funcionalidade estar, ainda associada ao método contraceptivo.

Quando analisada a percepção da ameaça ao vírus do SIDA através da intenção comportamental em relação a alguém que tenha permitido-nos concluir que a ameaça é sentida de forma iminente – quando é colocada a hipótese de terem relações sexuais com alguém ou de forma latente – quando a hipótese de relação com alguém infectado é apenas de convivialidade. Um outro dado que gostaria de referir é o sentido de reforçar a ideia de que a ameaça é subjectiva, prende-se com o facto de serem as mulheres de minoria étnica os grupos com indicadores mais altos em termos da ameaça sentida ao vírus do SIDA e contrariamente ser aquele que menos refere conhecer pessoas que morreram com HIV.

SÍNTESE DE DADOS

Em síntese, os dados mostram que as mulheres da nossa amostra, estão informadas sobre os meios de transmissão do HIV/SIDA e do preservativo para prevenir essa transmissão. Em relação aos comportamentos, verifica-se que:

- as mulheres fazem pouca utilização do preservativo na relação com o parceiro principal, enquanto que fazem uma maior utilização com outros parceiros (sobretudo os grupos prostitutas e toxicodependentes).
- a não utilização do preservativo encontra-se em situações em que a mulher diz estar consciente de que o seu comportamento coloca-a em risco de infecção por HIV/SIDA.
- a utilização do preservativo é pequena e encontra-se associada à noção de prevenção da gravidez.
- os dados mostram ainda a prevalência de algumas crenças e estereótipos em relação ao preservativo, nomeadamente: o uso do preservativo não é fácil, a sua utilização conveniente não exige a retirada do pénis após a ejaculação; o uso do preservativo retira a naturalidade do orgasmo. Algumas destas crenças e estereótipos poderão influenciar negativamente o uso do preservativo.
- Os dados mostram também que por auto-declaração uma proporção importante das mulheres de todos os grupos já tiveram relações sexuais sem preservativo.
- A percepção do HIV/SIDA como ameaça de contágio não está sobrevalorizada no grupo das minorias étnicas, relativamente ao grupo das mulheres de maioria étnica. São também as mulheres deste grupo que mais declaram atitudes de evitamento de proximidade com pessoas infectadas, apesar de referirem conhecerem ou terem conhecido menos pessoas infectadas com o HIV.

REFLEXÕES FINAIS

Não gostaríamos de terminar este trabalho sem deixarmos algumas reflexões, que ao longo deste trabalho nos foram inquietando e que nos levaram a base de questionamento para futuras investigações, nomeadamente, no que diz respeito à ideia central em discussão, os comportamentos de risco destes quatro grupos de mulheres.

- a) Prevalece a ideia de que a relação com o parceiro principal está imune ao risco de contrair o vírus do HIV/SIDA, o que condiciona os comportamentos preventivos. Por exemplo, no caso concreto da nossa amostra, existem mulheres que apesar de suspeitarem ou terem conhecimento da existência de outros relacionamentos por parte do parceiro principal, não usam frequentemente o preservativo;
- b) À informação já assimilada, por si só, não é um indicador suficiente para a mudança comportamental, concretamente, verificamos que nos grupos de estudo, existe informação face aos comportamentos de risco do HIV/SIDA e existe a intenção comportamental, ao nível dos comportamentos preventivos, no entanto, estes dados não são congruentes com o comportamento sexual efectivo.
- c) À informação já assimilada sobre a prevenção do HIV/SIDA, associa-se ainda a presença forte de estereótipos negativos / errados sobre o preservativo masculino, o que provavelmente condiciona a sua correcta prática preventiva.

Em suma, tendo embora em conta que a nossa amostra não é representativa da população portuguesa, os nossos dados permitem questionar acerca das mensagens explícitas e implícitas transmitidas pelas campanhas de prevenção do HIV/SIDA e concretamente em trabalhar os comportamentos, atitudes e valores específicos a cada grupo populacional, para uma eficaz prevenção da epidemia de HIV/SIDA.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barthey, M; Blane, D.; et Smith, G., 1998, " *Special issue the sociology of healthinequalities – introduction: beyond the black report*", e illness, vol. 20, nº5:563-77, Guest editors.

Bourdieu, P., 1999, "A dominação masculina" , Celta Editora.

Connors, M.,1992, "Risk perception. Risk taking and risk management among intravenous drug users: Implication for AIDS prevention Medicine, Vol. 34, No. 6, pp. 591-601- Pergamon Press ple.

Crawford, R., 1994, " *The boundaries of the self and the unhealthy*" Social Science & Medicine, Vol.38, nº10: 1347-65, Elsevier Science

Heilborn, M. L. (org.), 1999, " *Sexualidade - o olhar das ciências sociais*", Jorge Zahar Editor.

Helman, C., 1984, " *Culture, health and illness*" Butterworth Heinemann.

ONUSIDA, 2000, " *What makes people vulnerable?*", Report on the global HIV/AIDS epidemic.

Singer, M., 1994, "AIDS and the health crisis of the U. S urban poor; the perspective of critical medical anthropology". Social Science & Medicine, Vol. 39, No. 7, pp. 931-948 Pergamon Press ple.

Sontag, S., 1989, " *La SIDA et ses métaphores*". Christian Bourgois Éditeurs.

Soskolne, V.; Shtarkshall, R., 2002, "Migration and HIV prevention programmes: linking structural factors, culture, and individual experience". Social Science & Medicine, Vol. 55, No. 7, pp. 1297-1307. Pergamon Press ple.

[1] CEMRI / Universidade Aberta - cvieira@univ-ab.pt

[2] Investigadora - manuelamoura@iol.pt

[3] Investigadora - sofiapinto7@hotmail.com

[4] CEMRI / Universidade Aberta -luisafs@univ-ab.pt

[5]Projecto Iniciativa para a Saúde das Mulheres – Mulher faz por ti. Sob a coordenação de Espanha, promovido pela Direcção da Segurança do Trabalho D.G. V/F da União Europeia. O Projecto Português foi desenvolvido entre 1999 e 2003, pela Universidade Centro de Estudos das Migrações e Relações Interculturais (CEMRI).



Produzido por AidsPortugal.com ©2002 e AidsCongress.net ©2002

[Administração](#) - Todos os direitos reservados

Propriedade: Sidanet, Associação Lusófona