

**“...NINGUÉM NUNCA SOUBE DAS MINHAS COISAS”:
PERFIS E PERCEPÇÕES DAS MULHERES DE BELO HORIZONTE ACERCA DO
CONHECIMENTO E DA INFORMAÇÃO SOBRE O HIV/AIDS***

Paula Miranda-Ribeiro
Professora associada do Departamento de Demografia e pesquisadora do Cedeplar/UFMG

Andréa Branco Simão
Professora da PUC Minas e pesquisadora do Cedeplar/UFMG

Maria Eponina de Abreu e Torres
Mestre em Demografia pelo Cedeplar/UFMG e pesquisadora do Cedeplar/UFMG

Marisa Alves Lacerda
Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Demografia, Cedeplar/UFMG.

André Junqueira caetano
Professor da PUC Minas e pesquisador do Cedeplar/UFMG

Resumo:

Este trabalho tem dois objetivos: delinear os perfis das mulheres entre 18 e 59 anos, residentes no município de Belo Horizonte, através do método GoM e investigar como as mulheres percebem o conhecimento e a informação sobre HIV/AIDS, com base em 43 entrevistas em profundidade. Os resultados sugerem que o conhecimento sobre HIV/AIDS não são tão universais, havendo dúvidas em relação a formas de transmissão. Quanto às fontes de informação, o diálogo é difícil e, muitas vezes, o silêncio prevalece. Os pares, a escola, a mídia e a religião informam sobre HIV/AIDS e suas formas de transmissão.

Palavras-chave: AIDS, conhecimento, informação, mulher, Belo Horizonte

Sessão temática: D2, Comportamento Reprodutivo em Minas Gerais

* Projeto financiado pelo Ministério da Saúde, Programa Nacional de DST/AIDS, CVS 319/06.

“...ninguém nunca soube das minhas coisas”: perfis e percepções das mulheres de Belo Horizonte acerca do conhecimento e da informação sobre o HIV/AIDS*

Paula Miranda-Ribeiro*

Andréa Branco Simão**

Maria Eponina de Abreu e Torres***

Marisa Alves Lacerda****

André Junqueira Caetano*****

1. Introdução

Desde a descoberta dos primeiros casos de HIV/AIDS no Brasil, várias foram as mudanças na dinâmica e no perfil da epidemia. Dentre as várias mudanças observadas no perfil dos infectados, destaca-se o aumento drástico do número de casos entre as mulheres, com a razão de sexo dos casos tendo passado de 15,1 para 1,5 homens para cada mulher, entre os anos de 1986 e 2005. Para a população feminina, as taxas de incidência (por 100.000 habitantes) passaram de 0,1 em 1986, para 9,1 em 1996 e 14,0 em 2006. (Brasil, 2007).

Observando a distribuição do HIV/AIDS segundo outras características, percebe-se que, no Brasil, assim como em outros lugares do mundo onde as desigualdades sociais são marcantes, esta epidemia vem atingindo, de forma cada vez mais intensa, os grupos socioeconômicos menos privilegiados, estando, também, se espalhando ao longo do território nacional, ao mesmo tempo em que diminui a incidência nos estados mais desenvolvidos em termos socioeconômicos (Barbosa, 2001; Brasil, 2004; Brasil, 2007). Especificamente para Minas Gerais, observa-se uma diminuição das taxas de incidência, que passaram de 10,0 por cem mil habitantes em 1996 para 8,2 em 2005.

Pesquisas no campo da saúde da mulher têm demonstrado um alto nível de conhecimento acerca da existência do HIV/AIDS, bem como das formas de contágio e da necessidade do uso da camisinha como forma de prevenção nas relações sexuais (BEMFAM, 1997; Miranda-Ribeiro e Caetano, 2003). Dados para Belo Horizonte revelam que o conhecimento sobre AIDS é praticamente universal – 99,9% das mulheres de 15 a 59 anos já ouviram falar de AIDS e 91,5% delas sabem que a AIDS não tem cura (Miranda-Ribeiro et al, 2004).

A informação acerca dos mecanismos de transmissão e de proteção contra o HIV/AIDS é um fator essencial para o controle da epidemia. Embora se assumam que apenas possuir informações não implica na adoção do uso da camisinha nas relações sexuais, o fato é que saber da existência da doença, das formas de contágio e das formas de proteção constitui, sem dúvida, o primeiro passo no processo de sensibilização e tomada de consciência, que pode – ou não – levar à mudança de atitudes e à adoção de novos hábitos, dos quais o sexo protegido faz parte.

Este trabalho tem dois objetivos. O primeiro é delinear os perfis das mulheres entre 18 e 59 anos, residentes no município de Belo Horizonte, ressaltando a questão do conhecimento e da informação acerca do HIV/AIDS. O método GoM foi

* Projeto financiado pelo Ministério da Saúde, Programa Nacional de DST/AIDS, CVS 319/06.

* Professora associada do Departamento de Demografia e pesquisadora do Cedeplar/UFMG.

** Professora da PUC Minas e pesquisadora do Cedeplar/UFMG.

*** Mestre em Demografia pelo Cedeplar/UFMG e pesquisadora do Cedeplar/UFMG.

**** Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Demografia, Cedeplar/UFMG.

***** Professor da PUC Minas e pesquisador do Cedeplar/UFMG.

utilizado para alcançar tal objetivo e, a partir dos modelos gerados pelo mesmo, foram delineados 4 perfis extremos. O segundo objetivo é investigar como as mulheres percebem a questão do conhecimento e da informação sobre o HIV/AIDS, com base em 43 entrevistas em profundidade realizadas com mulheres de 18 a 59 anos entre outubro e dezembro de 2007 em Belo Horizonte, recrutadas a partir dos 4 perfis delineados pelo GoM.

Este trabalho está organizado em cinco partes. Após esta introdução, revisaremos parte da literatura relativa à questão. A parte 3 descreve os dados e os métodos utilizados aqui. A análise dos resultados é apresentada na parte 4 e, finalmente, a parte 5 apresenta algumas considerações finais. Os resultados sugerem que, apesar de aparentemente universal, o conhecimento sobre HIV/AIDS e suas formas de transmissão não são tão universais assim. Ainda que o conhecimento sobre algumas formas de transmissão seja mesmo universal, há uma série de dúvidas em relação a outros mecanismos. No que diz respeito às fontes de informação sobre saúde sexual, incluindo ISTs, as falas das entrevistadas indicam que o diálogo é difícil e, muitas vezes, o silêncio prevalece. Os pares, a escola, a mídia e a religião cumprem um papel importante em termos de oferecer informações acerca do HIV/AIDS e suas formas de transmissão.

2. A Aids e a (des)informação

Estudos recentes mostram que, ao entrar em sua terceira década, a epidemia de HIV já atingiu a vida de milhões de pessoas ao redor do mundo e afetou a estrutura social, econômica e familiar de inúmeros países. Segundo o *Aids epidemic update* (UNAIDS/WHO; 2007), estima-se que no mundo todo, em 2007, havia mais de 33 milhões de pessoas vivendo com HIV e, a cada dia, mais de 6.800 pessoas se infectam com o vírus e cerca de 5.700 morrem de AIDS, principalmente por causa do acesso inadequado a prevenção e aos serviços de tratamento. Na América Latina, 1/3 da população vivendo com HIV reside no Brasil, onde, em 2005, de acordo com estimativas, havia cerca de 620.000 portadores do vírus. Diante deste cenário, é possível dizer que o HIV permanece como um dos maiores desafios para a saúde pública e motivo de grandes preocupações.

Embora a incidência desta epidemia venha mostrando sinais de estabilização quando a análise é feita para a população como um todo, o mesmo não acontece quando grupos específicos são considerados. Na realidade, os resultados de diversos estudos têm mostrado uma estreita correlação entre indicadores socioeconômicos desfavoráveis e o aumento da incidência desta epidemia. Esta vem se elevando entre indivíduos caracterizados por baixa escolaridade e nível de renda, residentes em áreas geográficas com baixo índice de desenvolvimento humano e também entre aqueles pertencentes à raça negra. Além disto, a incidência do HIV/AIDS também vem mostrando um crescimento entre as mulheres e entre a população madura e idosa, ou seja, acima de 49 anos (Barbosa, 2001; Bastos e Szwarcwald, 2000; Brasil, 2006; Brasil, 2007; Diniz, [s.d.]; Fonseca e Bastos, 2007; Lopes, 2003; Villela, [200-],).

Diante da relação entre a dinâmica da epidemia e o contexto socioeconômico e cultural e das novas descobertas relativas ao HIV/AIDS, o conceito de risco per si torna-se cada vez menos adequado para explicar, de forma abrangente, a diversidade das dinâmicas e das interações possíveis entre o espaço geográfico e os grupos sociais, de um lado, e a epidemia, de outro. Santos e Iriart (2007), por exemplo, apontam que a crença na existência de grupos de riscos, existente no início da epidemia da aids, pode ser encarada como um dos fatores que gerou baixa

eficácia das ações preventivas entre as mulheres, já que elas não eram vistas como integrantes de tais grupos.

É em face desta insuficiência que a noção de vulnerabilidade vem ganhando cada vez mais espaços nos estudos desenvolvidos sobre o HIV/AIDS. Proveniente da área de Direitos Humanos, a noção de vulnerabilidade aplicada aos estudos de HIV/AIDS foi utilizada inicialmente por Mann et al, no livro *Aids in the world* (1992). Depois de apresentar um panorama geral sobre o HIV/AIDS ao redor do mundo, os autores propõem uma forma de operacionalização da idéia de vulnerabilidade, pautada em três eixos interdependentes: o do contexto social, o programático e o do comportamento pessoal. No eixo relativo ao contexto social, está embutida a idéia de que a redução da vulnerabilidade só é possível num contexto social favorável. Por trás da reflexão apresentada pelos autores, é possível entender contexto como sendo o espaço onde as normas e valores que influenciam os comportamentos e as condutas sociais são criados, negociados e modificados. O eixo programático remete aos programas nacionais de combate à aids, à informação e à educação. Por fim, o terceiro eixo, o de comportamento pessoal, é apontado como fundamental na determinação da vulnerabilidade, dado que as decisões são tomadas no nível individual. Apesar disto, as decisões e os comportamentos não ocorrem desvinculadas dos outros dois eixos. Justamente a interação e interdependência destes três eixos, tal como apresentado por Mann e seus colaboradores, é que representa o *upgrade* na noção de vulnerabilidade, vis-à-vis a de risco. Barbosa (2001) destaca que há que se ter em conta a mutabilidade do comportamento individual e o fato de ser o mesmo socialmente construído. Dessa forma, ao se analisar a vulnerabilidade, deve-se considerar os valores inerentes à sociedade em tela e que influenciam o comportamento individual.

Diversos estudos já partiram do arcabouço proposto por Mann e seus colaboradores para desenvolverem investigações sobre o HIV/AIDS sob diferentes perspectivas (Barbosa, 2001; Lopes, 2003; Cunha, 2006). No geral, os pesquisadores ressaltam a importância de focar a questão da vulnerabilidade no estudo da AIDS no Brasil, tendo em vista as diferentes dinâmicas da epidemia – “heterossexualização”, “feminização” e “pauperização” –, que guardam uma relação estreita com a heterogeneidade socioeconômica e cultural da população e geram diferentes níveis de vulnerabilidade ao longo do território nacional.

No caso do presente trabalho, embora se tenha pretendido considerar aspectos atinentes aos três eixos propostos por Mann et al. (1992) para avaliar a percepção de vulnerabilidade das entrevistadas, o eixo a ser destacado é o do comportamento pessoal, sobretudo em sua interação com o contexto social, sendo este último entendido enquanto o espaço onde os papéis e normas de conduta cabíveis a cada mulher são criados, negociados e modificados de acordo com seu pertencimento a diferentes grupos sociais – de raça/cor, classe social, gênero, religião, dentre outros. Ou seja, nas normas e valores internalizados pelas mulheres com distintas características sociodemográficas e culturais, assim como na interação entre elas, dentro de contextos específicos, foram buscados os diferenciais em termos da determinação da percepção de risco.

Este tipo de avaliação, já realizado em estudos anteriores, além de apontarem para a necessidade de por fim à invisibilidade dos diferenciais culturais, socioeconômicos e de gênero, enquanto geradores de distintos níveis de vulnerabilidade ao HIV/AIDS e de percepção da mesma, identificaram a existência de relação entre tais características e a percepção individual da vulnerabilidade, ou do risco de infecção pelo HIV/AIDS (Diniz, s.d.; Antunes, 2002; Paiva, 1998). Alguns

deles sugerem que o aumento do nível de informação, embora necessário, não é suficiente para garantir mudanças nas práticas sexuais. Para além do nível de informação, é preciso considerar as diferenças nos modos de viver a sexualidade e nas normas e valores que determinam o processo de socialização sexual dos indivíduos (Santelli et al, 1996 Santelli et al, 1998; Soler et al. 2000; Wagstaff et al, 1995; Antunes, 2002).

Ferreira (2003), ao investigar o conhecimento e a percepção que a população brasileira tem a respeito do HIV, observou que somente uma parcela muito pequena da população está minimamente informada sobre as formas de transmissão do vírus. Como esperado, os resultados da autora mostram que o nível de informação aumenta na medida em que ocorre uma melhoria nas condições socioeconômicas. Adicionalmente, a autora também observou que a população mais jovem (entre 16 e 24 anos) não se mostrou mais bem informada do que o restante da população. Assim, de acordo com estes resultados, há uma associação entre escolaridade, renda e conhecimento sobre HIV/AIDS. Quase ¼ da população investigada pode ser encaixada num grupo denominado como sem informação e sem percepção de risco, ou seja, vulneráveis ao HIV devido à dificuldade de compreender seu próprio risco de exposição ao vírus. Os indivíduos deste grupo também se caracterizavam por viverem em uma situação de pobreza. No extremo oposto, estavam as pessoas mais bem informadas, com maior percepção do próprio risco e com melhores características socioeconômicas. Apesar disto, os resultados de Ferreira sugerem que, mais do que a informação, a percepção de risco é o que, de fato, faz a diferença no momento de adotar, ou não, comportamento protetor. Essa percepção, segundo ela, surge das experiências vividas pelas pessoas. Neste sentido, quando se deseja elaborar e implementar políticas públicas eficazes e eficientes, saber o que as pessoas conhecem sobre o HIV/AIDS e de que maneira elas se informam é fundamental.

3. Dados e metodologia

3.1 As fontes de dados

Os dados utilizados na etapa quantitativa advêm da pesquisa *Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça/Cor – SRSR*, desenvolvida pelo Cedeplar/UFMG em 2002, realizada em Belo Horizonte e Recife. O questionário SRSR contém perguntas de caracterização do domicílio e da entrevistada, além de apresentar tópicos como fecundidade, planejamento da fecundidade e história de gravidezes; acesso e avaliação de atendimentos de pré-natal, parto e puerpério, acompanhamento ginecológico e menopausa; anticoncepção; conhecimento dos direitos e serviços de saúde reprodutiva; utilização e acesso a esses serviços; utilização de serviços públicos vis-à-vis os serviços privados; história marital e comportamento sexual e IST/AIDS. O plano amostral utilizado para o desenvolvimento da pesquisa SRSR foi o de conglomerado, em três estágios: seleção dos setores censitários, dos domicílios e, dentro de cada domicílio, da mulher entrevistada, dentre as elegíveis – idades entre 15 e 59 anos. Foram entrevistadas, no total, 2408 mulheres, sendo 1301 em Belo Horizonte e 1107 em Recife, que representam, respectivamente, 875.476 e 525.406 mulheres desta faixa etária (Miranda-Ribeiro e Caetano, 2003; Miranda-Ribeiro et al, 2004).

Na etapa qualitativa, os dados foram coletados através de entrevistas em profundidade, realizadas com mulheres brancas e negras, entre 18 e 59 anos,

sexualmente ativas e residentes nos municípios de Belo Horizonte e Recife. Foram realizadas 40 entrevistas em profundidade em Recife, em outubro de 2007, e 43 entrevistas em Belo Horizonte, entre outubro e dezembro de 2007. Em setembro de 2007, foram feitos pré-testes em Belo Horizonte. Para os propósitos deste trabalho, serão analisados apenas os resultados para Belo Horizonte. A entrevista em profundidade pode ser definida como “um processo de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado” (Haguette, 2005, p.86). A principal vantagem desta técnica é possibilitar ao pesquisador obter informações que não são acessíveis através de questionários estruturados e que ajudem a compreender o comportamento do entrevistado e sua representação a respeito de sua experiência de vida, a partir da identificação de experiências e opiniões acerca do tema pesquisado (Weiss, 1993). Na entrevista, diferentemente de pesquisas quantitativas, a comunicação do entrevistador com o entrevistado e o campo são parte explícita da produção de conhecimento (Flick, 2004).

3.2. Os métodos

Na etapa quantitativa, foi utilizada a técnica do *Grade of Membership* (GoM) para a definição de perfis de vulnerabilidade ao HIV/AIDS, a partir dos dados SRSR. O método GoM foi escolhido em função de sua adequação para analisar grupos muito heterogêneos, como o caso do grupo alvo deste estudo. Essa maior adequação deve-se ao fato de que o GoM, por operar segundo a lógica dos conjuntos nebulosos, possibilita que um mesmo elemento – no caso, uma mesma mulher – pertença simultaneamente a múltiplos conjuntos, segundo diferentes escores ou graus de pertinência. (Manton, Woodbury e Tolley, 1994; Baptista, 2003; Cerqueira, 2004; Lacerda, 2005). Com a aplicação desta técnica, foi possível identificar diferenças existentes entre as mulheres residentes em Belo Horizonte, no que se refere a um conjunto de características sociodemográficas. Os perfis são determinados pelo parâmetro g_{ik} , ou escore de pertencimento, que avalia o grau de pertinência de cada mulher – i - aos perfis extremos, k , gerados. O parâmetro g_{ik} varia no intervalo $[0,1]$, sendo que 0 indica que o elemento (no caso deste estudo, a mulher) não possui nenhuma das características do perfil K , e 1 indica que o elemento possui todas as características do referido perfil (Manton & Vertrees, 1984; Sawyer, Leite & Alexandrino, 2002; Lacerda, 2005).

Por permitirem um melhor entendimento da população em questão, os perfis delineados pelo GoM foram utilizados para a seleção das mulheres entrevistadas na etapa qualitativa. Nem todas as variáveis incluídas no delineamento dos perfis foram utilizadas para o recrutamento, uma vez que, quanto maior o número de características de uma entrevistada, maior a dificuldade em encontrá-la (Miranda-Ribeiro et al, 2007). Foram escolhidas, portanto, cinco categorias sociodemográficas que definiram cada perfil, quais sejam: idade, estado conjugal, parturição, escolaridade, raça/cor e se possui ou não plano de saúde, conforme o Quadro 1.

Quadro 1 - Perfil de recrutamento das entrevistadas, Belo Horizonte

Belo Horizonte				
Variável	Perfil 1	Perfil 2	Perfil 3	Perfil 4
Grupo Etário	25 a 34 anos	40 a 59 anos	18 a 29 anos	30 a 39 anos
Raça/cor	Negras	Branças e Negras	Branças e Negras	Branças
Situação conjugal	Unidas	Separadas e Viúvas	Solteiras	Casadas
Escolaridade	1 a 7 anos	0 a 7 anos	8 anos ou mais	8 anos ou mais
Parturição	2 filhos	3 filhos ou mais	sem filhos	1 filho
Número de entrevistas	10	11	12	10

A seleção dos entrevistados costuma ser um dos pontos frágeis dos estudos de natureza qualitativa, uma vez que o perfil daqueles a serem recrutados costuma ser decidido com base em aspectos teóricos e na literatura pertinente, sem que se saiba, com certeza, se as características apontadas pela literatura se aplicam à população em estudo. Em geral, diz-se que os critérios utilizados para o recrutamento dos entrevistados são muito “subjetivos”. Ao utilizar os perfis delineados pelo GoM para o recrutamento das entrevistadas, o problema da subjetividade na seleção das entrevistadas é minimizado, uma vez que o recrutamento das mesmas obedeceu a critérios estabelecidos pela etapa quantitativa do projeto, que podem ser considerados, em grande medida, objetivos, pois foram gerados a partir de dados representativos da população em estudo. Neste caso, ainda assim, a subjetividade não foi totalmente eliminada, uma vez que a seleção das entrevistadas não foi feita aleatoriamente (Miranda-Ribeiro et al, 2007). Na prática, a seleção aconteceu por meio de estratégias de conveniência (redes de contatos e de conhecimentos) ou ao acaso (abordagem nas ruas, sem nenhum conhecimento prévio da entrevistada).

4. Análise dos resultados

A análise dos resultados está dividida em duas sessões. A primeira apresenta os resultados quantitativos, obtidos a partir da utilização do GoM. A segunda sessão traz a análise das entrevistas em profundidade, realizadas com 43 mulheres em Belo Horizonte.

4.1 Resultados quanti

A análise dos resultados do GoM sugere que o perfil extremo 1 contemplou mulheres com maior probabilidade, vis-à-vis o observado para a população, de serem negras, unidas e com 2 filhos, de terem entre 25 e 34 anos de idade e 1 a 7 anos de estudo. Elas têm maior probabilidade de serem protestantes ou pentecostais e de freqüentarem cerimônias religiosas mais de uma vez por semana. Não possuem plano de saúde e não trabalham ou, quando trabalham, não têm renda. Percebe-se que estas mulheres apresentam maior probabilidade de usarem pílula como método contraceptivo e de terem tido apenas um parceiro sexual no último ano, sendo esse dentro de um relacionamento estável. No que tange às relações de gênero, estas mulheres provavelmente não tentariam evitar a relação se o parceiro se recusasse a usar camisinha e parecem não conversar com o parceiro

sobre contracepção, uma vez que há maior probabilidade do método ser escolhido somente pela entrevistada ou somente por seu parceiro. No que diz respeito ao HIV/AIDS, as mulheres deste perfil apresentam uma grande probabilidade de afirmarem que a doença tem cura ou não saberem se tem cura, embora tenham feito o teste de HIV/AIDS e considerarem possuir um risco nulo ou moderado de infecção.

As mulheres pertencentes ao perfil 2 apresentam maior probabilidade de terem até 7 anos de estudo, de serem mais velhas (40 anos ou mais), separadas, divorciadas ou viúvas e de terem 3 filhos ou mais. Têm maior probabilidade de serem pentecostais ou protestantes praticantes (mais de uma vez por semana) e de não trabalharem e nem estudarem, ou de trabalharem sem auferir renda. Este perfil agrega mulheres com maior probabilidade de terem iniciado a vida sexual mais jovens e de não terem utilizado método contraceptivo na primeira relação. No que diz respeito às questões relacionadas à saúde reprodutiva, estas mulheres apresentam maior probabilidade de serem esterilizadas e de não terem tido nenhum parceiro nos últimos 12 meses. Em termos de relações de gênero, pode-se dizer que são mulheres com maior probabilidade de serem desempoderadas, uma vez que não tentariam parar a relação sexual a qualquer momento ou tentariam parar, mas não conseguiriam. Com relação ao conhecimento sobre HIV/AIDS, percebe-se que estas mulheres apresentam maior probabilidade de serem tão mal informadas quanto a esta questão quanto as mulheres do perfil 1 e de não terem feito o teste de HIV ou não saberem responder se o fizeram. Vale ressaltar, ainda, que estas mulheres apresentam maior probabilidade de se auto-perceberem sem risco de infecção.

As mulheres agrupadas no perfil 3 apresentam maior probabilidade de terem mais de 8 anos de estudo, de serem solteiras, mais jovens (18 a 29 anos), sem filhos e sem religião ou outra religião que não a católica, a protestante ou a pentecostal. As mulheres deste perfil apresentam, ainda, maior probabilidade de terem plano de saúde, de só estudarem ou de estudarem e trabalharem, de usarem preservativo, de terem tido mais de um parceiro nos últimos 12 meses e destes parceiros serem ocasionais. Em termos de relações de gênero, estas mulheres apresentam maior probabilidade de evitar a relação com alguma certeza, caso o parceiro se recusasse a usar camisinha. Apresentam, ainda, maior probabilidade de nunca terem feito um teste de HIV. As mulheres deste perfil apresentaram, ainda, maior probabilidade de se auto-perceberem com um risco moderado de contrair HIV/AIDS.

Por fim, as mulheres do perfil 4 apresentam maior probabilidade de serem brancas e casadas, terem entre 30 e 39 anos de idade, 8 ou mais anos de estudo e entre 1 e 2 filhos, trabalharem e não terem religião ou terem outras além de católica, protestante ou pentecostal. Estas mulheres apresentam também maior probabilidade de estarem usando preservativo, de terem tido apenas um parceiro nos últimos 12 meses e deste ser estável. Em termos de relações de gênero, são as mulheres mais empoderadas se comparadas com as dos demais perfis, uma vez que provavelmente evitariam a relação com certeza se o parceiro se recusasse a usar camisinha e decidem sobre métodos contraceptivos juntamente com o companheiro. Estas mulheres apresentam uma maior probabilidade de se auto-perceberem com um risco pequeno em relação ao HIV/AIDS, de terem feito um teste desta doença há mais de um ano e de terem plano de saúde.

Tabela 1 - Frequências marginais, probabilidades estimadas e fatores delineadores de perfis extremos, segundo variáveis selecionadas, para mulheres com 18 a 59 anos de estudo. Belo Horizonte, 2002.

(continua)

VARIÁVEL	CATEGORIAS	N	F	P1	P2	P3	P4	P1/F	P2/F	P3/F	P4/F
v1 grupo etário	0 "18 a 19"	39	3,6	0,00	0,00	0,18	0,00	0,00	0,00	5,11	0,00
	1 "20 a 24"	142	12,9	0,14	0,00	0,55	0,00	1,12	0,00	4,25	0,00
	2 "25 a 29"	167	15,2	0,45	0,00	0,27	0,00	2,95	0,00	1,77	0,00
	3 "30 a 34"	173	15,8	0,27	0,00	0,00	0,36	1,70	0,00	0,00	2,31
	4 "35 a 39"	158	14,4	0,05	0,00	0,00	0,49	0,36	0,00	0,00	3,43
	5 "40 a 44"	134	12,2	0,09	0,20	0,00	0,14	0,71	1,66	0,00	1,16
	6 "45 a 49"	126	11,5	0,00	0,34	0,00	0,00	0,00	3,00	0,00	0,00
	7 "50 a 54"	84	7,7	0,00	0,24	0,00	0,00	0,00	3,10	0,00	0,00
	8 "55 a 59"	75	6,8	0,00	0,21	0,00	0,00	0,00	3,16	0,00	0,00
v2 cor da pele	0 "branca"	504	45,9	0,24	0,41	0,42	0,75	0,53	0,89	0,93	1,64
	1 "negra"	594	54,1	0,76	0,59	0,58	0,25	1,40	1,09	1,06	0,46
v3 situação conjugal	0 "nunca unida"	230	20,9	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	4,78	0,00
	1 "casada"	512	46,6	0,40	0,40	0,00	1,00	0,85	0,87	0,00	2,15
	2 "unida"	187	17,0	0,60	0,00	0,00	0,00	3,54	0,00	0,00	0,00
	3 "sep/div"	129	11,7	0,00	0,47	0,00	0,00	0,00	3,98	0,00	0,00
	4 "viúva"	40	3,6	0,00	0,13	0,00	0,00	0,00	3,59	0,00	0,00
v4 escolaridade	0 "sem esc."	26	2,4	0,00	0,08	0,00	0,00	0,00	3,45	0,00	0,00
	1 "1 a 3 anos"	90	8,2	0,11	0,20	0,00	0,00	1,30	2,44	0,00	0,00
	2 "4 a 7 anos"	338	30,8	0,80	0,45	0,00	0,00	2,60	1,47	0,00	0,00
	3 "8 a 11 anos"	458	41,7	0,09	0,26	0,69	0,62	0,23	0,63	1,65	1,49
	4 "12 anos ou mais"	186	16,9	0,00	0,00	0,31	0,38	0,00	0,00	1,85	2,24
v5 religião	0 "nenhuma"	95	8,7	0,00	0,00	0,18	0,20	0,00	0,00	2,02	2,32
	1 "catolica"	667	60,7	0,50	0,64	0,62	0,68	0,83	1,05	1,02	1,12
	2 "prot./pent."	264	24,0	0,50	0,30	0,11	0,00	2,07	1,26	0,46	0,00
	3 "outras"	72	6,6	0,00	0,06	0,10	0,12	0,00	0,88	1,45	1,75
v6 frequência religiosa	0 "nao freq"	171	15,6	0,08	0,05	0,26	0,26	0,53	0,32	1,68	1,67
	1 "- de 1 vez p/ mes"	152	13,8	0,13	0,07	0,15	0,22	0,97	0,47	1,10	1,56
	2 "pelo menos de 15 em 15"	226	20,6	0,11	0,22	0,31	0,20	0,55	1,08	1,49	0,97
	3 "uma vez por semana"	327	29,8	0,31	0,33	0,20	0,32	1,04	1,11	0,69	1,09
	4 "mais de uma vez por semana"	222	20,2	0,36	0,33	0,07	0,00	1,79	1,65	0,36	0,00
v7 parturição	0.	270	24,6	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	4,07	0,00
	1.	240	21,9	0,21	0,00	0,00	0,70	0,94	0,00	0,00	3,18
	2.	268	24,4	0,54	0,16	0,00	0,30	2,23	0,66	0,00	1,24
	3 e mais	320	29,1	0,25	0,84	0,00	0,00	0,86	2,88	0,00	0,00
v8 possui plano de saúde	0 "sem plano"	611	55,6	1,00	0,61	0,68	0,00	1,80	1,10	1,22	0,00
	1 "com plano"	487	44,4	0,00	0,39	0,32	1,00	0,00	0,87	0,73	2,25
v9 atividade de trabalho e estudo	0 "só estuda"	16	1,5	0,00	0,00	0,07	0,00	0,00	0,00	4,85	0,00
	1 "est. e trab. c/ renda"	89	8,1	0,00	0,00	0,34	0,03	0,00	0,00	4,23	0,40
	2 "est. e trab. s/ renda"	10	0,9	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	3 "só trab. c/ renda"	605	55,1	0,31	0,50	0,53	0,94	0,56	0,90	0,95	1,70
	4 "só trab. s/ renda"	251	22,9	0,46	0,35	0,00	0,03	2,02	1,51	0,00	0,13
	5 "não trab. nem est."	127	11,6	0,23	0,16	0,06	0,00	1,96	1,35	0,50	0,00
v10 primeiro método	0 "nunca usou método"	28	2,6	0,00	0,06	0,04	0,00	0,00	2,26	1,61	0,00
	1 "pílula"	622	56,6	0,87	0,70	0,00	0,67	1,54	1,24	0,00	1,18
	2 "camisinhas"	240	21,9	0,00	0,00	0,96	0,00	0,00	0,00	4,38	0,00
	3 "esterilização"	30	2,7	0,00	0,09	0,00	0,00	0,00	3,49	0,00	0,00
	4 "outros métodos"	177	16,1	0,13	0,14	0,00	0,33	0,81	0,90	0,00	2,07
	5 "não sabe/não respondeu"	1	0,1	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
v11 método usado atualmente	0 "não usa método"	290	26,4	0,23	0,30	0,52	0,00	0,89	1,12	1,98	0,00
	1 "pílula"	217	19,8	0,48	0,00	0,24	0,23	2,44	0,00	1,22	1,16
	2 "camisinhas"	152	13,8	0,00	0,00	0,24	0,56	0,00	0,00	1,70	4,03
	3 "esterilização"	319	29,1	0,00	0,70	0,00	0,00	0,00	2,42	0,00	0,00
	4 "outros métodos"	120	10,9	0,28	0,00	0,00	0,22	2,60	0,00	0,00	1,97
v12 idade a primeira relação	0 "não informaram"	12	1,1	0,00	0,00	0,05	0,00	0,00	0,00	4,99	0,00
	1 "9 a 14"	60	5,5	0,14	0,06	0,01	0,00	2,54	1,02	0,26	0,00
	2 "15 a 19"	551	50,2	0,76	0,44	0,82	0,09	1,52	0,88	1,63	0,17
	3 "20 a 24"	322	29,3	0,10	0,26	0,11	0,65	0,33	0,87	0,38	2,22
	4 "25 a 29"	109	9,9	0,00	0,14	0,00	0,22	0,00	1,45	0,00	2,25
	5 "30 e mais"	44	4,0	0,00	0,10	0,00	0,04	0,00	2,55	0,00	1,01

Tabela 1 - Frequências marginais, probabilidades estimadas e fatores delineadores de perfis extremos, segundo variáveis selecionadas, para mulheres com 18 a 59 anos de estudo. Belo Horizonte, 2002.

(fim)

VARIAVEL	CATEGORIAS	N	F	P1	P2	P3	P4	P1/F	P2/F	P3/F	P4/F
v13 método usado na primeira relação sexual	0 "nenhum"	594	54,1	1,00	1,00	0,10	0,00	1,85	1,85	0,19	0,00
	1 "camisinha masculina"	194	17,7	0,00	0,00	0,85	0,00	0,00	0,00	4,81	0,00
	2 "outros métodos"	300	27,3	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	3,66
	3 "não sabe/não respondeu".	10	0,9	0,00	0,00	0,05	0,00	0,00	0,00	5,06	0,00
v14 média de relações sexuais por mês	0 "0 vezes"	254	23,1	0,00	0,65	0,40	0,00	0,00	2,81	1,74	0,00
	1 "1 a 4 vezes"	295	26,9	0,25	0,31	0,36	0,18	0,93	1,16	1,34	0,67
	2 "5 a 8 vezes"	200	18,2	0,26	0,00	0,00	0,38	1,41	0,00	0,00	2,07
	3 "9 a 12 vezes"	173	15,8	0,26	0,00	0,08	0,25	1,62	0,00	0,52	1,57
	4 "13 e mais vezes"	139	12,7	0,23	0,00	0,07	0,18	1,80	0,00	0,57	1,39
	5 "não sabe/não respondeu".	37	3,4	0,01	0,04	0,09	0,02	0,24	1,17	2,51	0,51
v15 número de parceiros sexuais dos últimos 12 meses	0 "nenhum"	147	13,4	0,00	0,50	0,00	0,00	0,00	3,71	0,00	0,00
	1 "um"	880	80,1	1,00	0,50	0,67	1,00	1,25	0,63	0,83	1,25
	2 "dois ou mais"	62	5,6	0,00	0,00	0,29	0,00	0,00	0,00	5,19	0,00
	3 "não sabe/não respondeu".	9	0,8	0,00	0,00	0,04	0,00	0,00	0,00	5,15	0,00
v16 tipo de relação com o último parceiro sexual dos últimos 12 meses	0 "não teve sexo nos últ 12 meses"	156	14,2	0,00	0,52	0,00	0,00	0,00	3,66	0,00	0,00
	1 "parceiro estável"	895	81,5	1,00	0,42	0,88	1,00	1,23	0,51	1,07	1,23
	2 "parceiro ocasional"	44	4,0	0,00	0,06	0,12	0,00	0,00	1,44	2,96	0,00
	3 "não sabe/não respondeu".	3	0,3	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	1,33	2,23	0,00
v17 poder para parar relação sexual com último parceiro sexual	0 "Não tentaria evitar"	106	9,7	0,24	0,12	0,00	0,00	2,51	1,27	0,00	0,00
	1 "Tentaria, mas não conseg. evitar"	59	5,4	0,10	0,07	0,04	0,00	1,78	1,34	0,79	0,00
	2 "Com alg. certeza conseg. evitar"	98	8,9	0,09	0,08	0,07	0,12	0,98	0,84	0,79	1,37
	3 "Com certeza conseguiria evitar"	826	75,2	0,57	0,73	0,85	0,88	0,76	0,97	1,13	1,17
	4 "não sabe/não respondeu".	9	0,8	0,00	0,00	0,04	0,00	0,00	0,00	5,14	0,00
v18 poder de evitar relação caso parceiro não queira usar condom	0 "Não tentaria evitar"	211	19,2	0,56	0,16	0,00	0,00	2,89	0,85	0,00	0,00
	1 "Com alg. certeza conseg. evitar"	128	11,7	0,09	0,08	0,18	0,13	0,75	0,71	1,57	1,13
	2 "Com certeza conseguiria evitar"	741	67,5	0,36	0,73	0,79	0,87	0,53	1,08	1,16	1,29
	3 "HSM"	3	0,3	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	4 "Não sabe/não respondeu".	15	1,4	0,00	0,03	0,03	0,00	0,00	1,79	2,26	0,00
v19 se teve ou não ist ou sintoma	0 "não teve nos últ. 12 meses"	701	63,8	0,35	0,82	0,57	0,79	0,55	1,29	0,89	1,24
	1 "teve, não fez tratamento"	141	12,8	0,25	0,09	0,18	0,00	1,94	0,74	1,42	0,00
	2 "teve, procurou tratamento e fez".	256	23,3	0,40	0,08	0,25	0,21	1,73	0,36	1,08	0,91
v20 aids tem cura?	0 "não tem"	1004	91,4	0,88	0,82	0,99	1,00	0,96	0,89	1,09	1,09
	1 "tem"	53	4,8	0,06	0,11	0,00	0,00	1,33	2,29	0,00	0,00
	2 "não sabe/não respondeu".	41	3,7	0,06	0,07	0,01	0,00	1,54	1,98	0,20	0,00
v21 autopercepção de risco	0 "não corre risco"	431	39,3	0,65	0,59	0,33	0,00	1,65	1,51	0,83	0,00
	1 "risco pequeno"	420	38,3	0,00	0,21	0,41	0,88	0,00	0,55	1,06	2,29
	2 "risco moderado"	169	15,4	0,28	0,10	0,20	0,08	1,81	0,65	1,31	0,52
	3 "risco grande"	71	6,5	0,07	0,07	0,07	0,04	1,14	1,15	1,02	0,67
	4 "não sabe/não respondeu".	7	0,6	0,00	0,02	0,00	0,00	0,00	3,62	0,00	0,00
v22 se fez exame de hiv quando fez	0 "nunca fez"	662	60,3	0,63	0,93	0,73	0,13	1,05	1,54	1,21	0,22
	1 "fez ha menos de 1 ano"	142	12,9	0,23	0,00	0,27	0,07	1,76	0,00	2,10	0,57
	2 "fez ha mais de 1 ano"	290	26,4	0,14	0,06	0,00	0,79	0,53	0,22	0,00	3,00
	3 "não sabe/não respondeu".	4	0,4	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	3,10	0,00	0,00
v24 teste de HIV em pré-natal (nascimentos até 5 anos antes da pesquisa)	1 "filho nos últ. 5 anos s/ teste"	179	16,3	0,55	0,00	0,00	0,10	3,39	0,00	0,00	0,61
	2 "filho nos últ. 5 anos c/ teste"	103	9,4	0,00	0,00	0,00	0,44	0,00	0,00	0,00	4,73
	3 "nunca teve filho"	258	23,5	0,00	0,00	0,95	0,00	0,00	0,00	4,03	0,00
	4 "grávida pela primeira vez"	12	1,1	0,00	0,00	0,05	0,00	0,00	0,00	4,91	0,00
	5 "teve filho há mais de 5 anos".	546	49,7	0,45	1,00	0,00	0,46	0,90	2,01	0,00	0,92
v23 participação parceiro sobre decisão sobre uso de método	0 "so entrevistada"	163	14,8	0,60	0,00	0,00	0,00	4,05	0,00	0,00	0,00
	1 "so o marido ou comp"	19	1,7	0,05	0,00	0,02	0,00	3,00	0,00	1,35	0,00
	2 "por ambos"	398	36,2	0,30	0,00	0,41	1,00	0,82	0,00	1,13	2,76
	3 "esterilizadas/sem parceiro fixo"	485	44,2	0,00	0,94	0,57	0,00	0,00	2,13	1,29	0,00
	4 "não sabe/não respondeu".	33	3,0	0,05	0,06	0,00	0,00	1,70	1,94	0,00	0,00

Fonte dos dados básicos: Pesquisa Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça, 2002.

Em suma, pensando na questão da informação sobre HIV/AIDS, uma avaliação dos perfis traçados para Belo Horizonte indica que são as mulheres dos perfis 1 e 2 as que apresentam maior probabilidade de serem mal informadas sobre a doença. Não por acaso, as mulheres dos perfis 1 e 2 são as de menor escolaridade dentre as estudadas aqui. O fato destas serem as que menos conhecem o HIV/AIDS não nos surpreende, uma vez que a literatura aponta para a correlação positiva entre o conhecimento de questões ligadas à saúde e a educação formal.

Será que as mulheres de maior escolaridade de fato são bem informadas sobre o HIV/AIDS? E com relação às fontes de informação? Como elas operam? Estas perguntas serão respondidas a seguir.

4.2 Resultados quali

Ao longo das entrevistas, fica claro o efeito positivo das diversas campanhas e do debate em diferentes espaços – por exemplo, postos de saúde e escolas – sobre o nível de conhecimento relativo ao HIV/AIDS. Algumas questões referentes às formas de contágio, tais como ficar perto de um infectado, compartilhar utensílios domésticos e ter contato mais afetuoso com portadores do HIV, que no início da epidemia geravam tabus, não prevalecem nos dias de hoje. Contudo, as falas das entrevistadas revelam o surgimento e a permanência de dúvidas em relação a outros pontos que antes pareciam menos evidentes.

É consenso entre as entrevistadas que as relações sexuais e o contato com o sangue infectado transmitem o HIV. Algumas, inclusive, fazem referência ao risco de uma transfusão, em caso de acidente, como uma das razões pelas quais o risco de contrair o HIV não é nulo. As falas das entrevistadas revelam a existência de incertezas quanto à forma como, na prática, essa transmissão acontece. Primeiramente, várias entrevistadas ficaram em dúvida se a prática do sexo oral transmite ou não o HIV e se é ou não necessário o uso de proteção para esta prática. A transmissão por meio do beijo na boca de um infectado também foi um ponto recorrente de dúvidas. Este ponto é contraditório, pois ao mesmo tempo que as entrevistadas dizem acreditar não haver perigo em se infectar com um beijo, ficam inseguras quanto ao perigo nos casos em que há algum machucado ou cárie. Dúvida semelhante acontece no caso do alicate de unha, onde muitas entrevistadas acreditam poder se infectar caso o alicate provoque alguma lesão, tal como um pequeno corte. As falas a seguir, de uma entrevistada com 11 anos de estudo e de outra com 6, ilustram a questão relacionada ao beijo na boca.

ENTREVISTADORA: E beijo na boca você acha que pega?

IEDA: Olha, eu não sei, pode sim através da saliva, uma afta acho que pode pegar sim.

(Ieda, P4)

ENTREVISTADORA: Beijo na boca?

HENRIQUETA: Se você tem uma ferida e a pessoa também...

(Henriqueta, P4)

ADALIA: Por exemplo, se eu tiver um machucado na boca aí a outra pessoa que tem Aids beijar, a pessoa pega Aids. Eu já ouvi falar isso.

(Adália, P1)

Ponto bastante discutido no começo da epidemia, a transfusão de sangue, que vitimou pessoas famosas, continua a ser vista, por muitas entrevistadas, como uma importante fonte de infecção. Em algumas circunstâncias, ela foi lembrada como forma de contágio antes mesmo das seringas e agulhas contaminadas. Esta percepção pode estar associada com o cenário inicial da epidemia, no qual os hemofílicos eram considerados como pertencendo a um grupo de risco. Este fato acontece apesar das mulheres, atualmente, saberem que o risco de contaminação via transfusão existe somente quando o sangue utilizado está infectado e que, nos dias de hoje, antes de ser disponibilizado, o sangue passa por inúmeros testes, o que reduz enormemente as chances disto acontecer. As falas apresentadas a seguir, de mulheres de baixa e alta escolaridade, ilustram o mesmo receio de contaminação via transfusão.

ENTREVISTADORA: Agora, de zero a dez, sendo que zero é risco zero, não tem risco e dez seria um risco total. Em qual nível estaria o seu risco de contrair HIV/AIDS?

DAGMAR: Eu estaria em zero. Eu não diria que estaria em zero por um único motivo: uma hora cê pode chegar aí num hospital e precisar de uma transfusão de sangue, então vamos pôr uns 3%. Uns 3% por este motivo. Deus livre e guarde, eu caio aí na rua, ninguém sabe quem sou eu, ninguém sabe o que eu tenho e de repente precisa de uma transfusão de sangue e pegar uma transfusão de sangue de uma pessoa errada ou qualquer risco aí, que tá com corte sem saber que o outro tá [**]. São riscos que qualquer um de nós estamos expostos. Então vamos falar 3% nesse sentido, porque no sentido de relação sexual é zero.

(Dagmar, P2)

ENTREVISTADORA: Numa escala de 0 a 10, qual que você acha que é seu risco de contrair a AIDS, hoje?

HEBE: Num sei, porque eu num tô livre de nada, vai que eu tô, sei lá, Deus me livre, mas vai que eu tenha que fazer uma transfusão e nem sempre a gente tem controle efetivo do que vai ao nosso corpo. E fora que cê vai sentar numa cadeira do cinema, distraiu e puf, entrou uma agulha no seu corpo e tá infectada, isso tem muito, tanto é que eu sempre vou prá última fileira e olho muito. Sei lá pode ter um louco no ônibus que te injeta alguma coisa, sabe, eu sempre tive muito medo dessas coisas, sabe do outro (...)

(Hebe, P4)

Ao longo das entrevistas, fica claro que a transmissão vertical, seja na hora do parto, seja no momento da amamentação, é uma das maiores fontes de dúvida para as mulheres de todos os perfis. Esta via de transmissão dificilmente foi mencionada espontaneamente. Nos casos em que foi mencionada, a principal dúvida das entrevistadas é com relação à transmissão durante a amamentação. No caso do parto, há uma associação maior com o risco de infecção, devido à presença do sangue, que é associado com a transmissão pela maioria das entrevistadas. As falas de entrevistadas de diferentes perfis, apresentadas a seguir, ilustram a dúvida relativa à amamentação.

ENTREVISTADORA: E se uma mulher engravida você acha que ela pode passar para o bebê?

CINARA: Acho.

ENTREVISTADORA: E se ela der de mamá?

CINARA: Eu não sei. Eu acho que sim.

(Cinara, P2)

ENTREVISTADORA: E você acha que a mulher que amamenta o filho, ela estando com AIDS, através da amamentação ela pode passar pra criança?

IEDA: Ah eu não sei, eu acho meio estranho, mas eu acho que não passa também não, acho que o AIDS é só através do sangue mesmo sabe.

(Ieda, P4)

Adicionalmente, é possível observar que, na maior parte dos perfis, as mulheres acreditam que a realização do teste para detecção do HIV é um requisito suficiente para a interrupção do uso da camisinha. Elas assumem, implicitamente, que o estado de não infectado de seus parceiros é permanente ou que garante, pelo menos por um ano, até que um novo teste seja feito, a possibilidade de sexo sem proteção e sem preocupação, mesmo nos casos em que os testes não são feitos frequentemente. Parece estar implícita a idéia da fidelidade como algo inerente às relações afetivo-sexuais estáveis, servindo como garantia de proteção contra a infecção.

ENTREVISTADORA: (...) E se eu dissesse pra você a frase: dentro de uma relação mais estável o uso da camisinha não é necessário, que que ce acha dessa frase?

ROSANA: Que nem eu te falei, se a pessoa for casada e os dois tiverem feito exame, e ter certeza que nenhum não tem doença, e a pessoa toma remédio, ou usar outro meio contraceptivo, aí eu acho que não tem problema não.

ENTREVISTADORA: Não, tranquilo?

ROSANA: Desde que você tenha certeza de que a pessoa não tem doença, [que mais?] por mais que seja estável mais ce não tem certeza a pessoa nunca fez um exame nem nada assim, aí eu (acho?)

ENTREVISTADORA: E o que te daria certeza?

ROSANA: Só se os dois fizessem exame mesmo pra ver.

ENTREVISTADORA: Exame?

ROSANA: É.

(Rosana, P3)

As falas das entrevistadas confirmam a idéia de que existe informação, mas que ela, por si só, muitas vezes, não resolve o problema. Ter informação não significa, necessariamente, mudança de atitude, de comportamento. Nota-se aí um distanciamento entre o discurso e a prática, uma vez que mesmo quem tem informação continua fazendo sexo sem proteção. A fala da entrevistada abaixo, Hebe, uma mulher de alta escolaridade, aponta, por um lado, para a relevância da informação e, por outro, reforça o fato de que ter o acesso à informação não significa, necessariamente, uma mudança de atitude. Na prática, de acordo com a entrevistada, essa mudança de atitude é uma opção da mulher.

ENTREVISTADORA: E você acha que ter mais ou menos informação sobre AIDS afeta a maneira de como as mulheres agem?

HEBE: Ah, acho que afeta.

ENTREVISTADORA: Você acha que mulheres que sabem mais, se protegem mais?

HEBE: Pode até não se proteger mais, mas tem a consciência, já é meio caminho andado ter a informação. À medida que você toma consciência de alguma coisa, se você quer fazer ou não, é opção. Quando você não tem informação, cê num tem essa escolha, tá no escuro, na ignorância.

(Hebe, P4)

Em síntese, a avaliação do nível de informação e de seu efeito sobre o comportamento à luz das falas das entrevistadas sugere que houve grande avanço no que diz respeito ao acesso à informação sobre a AIDS. No entanto, isso não parece ter sido, por si só, suficiente para produzir mudanças nos comportamentos que contribuem para maiores ou menores níveis de vulnerabilidade ao HIV.

Abordar a questão da prevenção ao HIV/AIDS suscita diversas inquietações, pois é necessário romper com a noção de responsabilidade individual e refletir sobre outros fatores que conformam tal responsabilidade. Nesta direção, Guilhem (2005), aponta para a relevância da observação dos fatores socioculturais, morais e políticos que contribuem para o avanço da epidemia em determinados grupos. Segundo ela, a idéia de uma abordagem pessoal desvinculada das teias relacionais, por exemplo, e que não leve em conta o poder e o fascínio que as crenças exercem sobre as pessoas é, no mínimo, um sinal de cegueira diante do atual cenário que caracteriza a epidemia de HIV/AIDS. A análise do material coletado em campo reforça a importância de se considerar o papel que estas teias desempenham na manutenção e também na mudança do nível de vulnerabilidade das mulheres, em especial das menos escolarizadas, mais pobres e negras.

A família, onde são tecidos os primeiros fios da teia de relações, surge nas falas das mulheres entrevistadas como um espaço marcado por pouco diálogo sobre questões relacionadas ao sexo e à sexualidade. Os relatos de muitas mulheres mostram que as dificuldades em falar sobre tais questões ainda prevalecem nas relações familiares e revelam, também, que fatores como preconceitos, tabus, pouca informação e padrões rígidos relativos a sexo e sexualidade podem ter um peso importante neste cenário.

Francisca, de nível superior, relata que nunca conversou com sua mãe sobre sexo. Este é um ponto comum entre várias entrevistadas, independente do nível de escolaridade.

FRANCISCA: É uma coisa muito complicada...Só de falar sobre sexo... Eu não me lembro quando a minha mãe falou comigo sobre isso. Eu creio que nunca. A primeira vez que eu fui no ginecologista eu fui sozinha, eu não tive o apoio dela.

ENTREVISTADORA: Com qual idade você foi?

FRANCISCA: Quando eu fui eu já tinha 16 anos. Eu fui sozinha. Mas eu acho que ela é cabeça dura. A família é do interior e essas coisas são muito resguardadas, então eu acho que por isso. Eu também não sei como são essas intimidades dela com o meu pai. Mas eu creio que não.

[...]

ENTREVISTADORA: Mas você tinha uma expectativa antes da primeira vez? Me conta um pouco.

FRANCISCA: Tinha, tinha. Eu ficava pensando “Mas como que vai ser?”. Você fica imaginando como é que vai ser, aí você lê revista, você lê sobre o assunto, você vê resista. E na minha casa sempre houve uma barreira muito grande, então eu não podia falar nada com a minha mãe porque existia uma barreira muito grande entre a gente. E depois disso quando você chega lá você já assusta. “Nossa, que susto! Meu Deus, o que está acontecendo?”.

(Francisca, P3)

Em geral, as mães cobram de suas filhas um comportamento similar ao que elas tinham quando eram jovens, mesmo sabendo que houve uma flexibilização nas normas que regem os relacionamentos afetivo-sexuais. O temor de saber que a filha já possui uma vida sexual muitas vezes impede que o diálogo se estabeleça e isto faz com que muitos dos tabus e dúvidas que permearam a vida das mulheres de gerações passadas permaneçam nos dias de hoje. Esta dificuldade de diálogo é encontrada entre as mulheres dos diferentes perfis, ou seja, independe da idade, raça/cor e escolaridade. Outro aspecto interessante sobre a questão do diálogo sobre sexo e sexualidade, que permeia as falas das mulheres entrevistadas é o fato de que, enquanto entre as mulheres da geração mais jovem, muitas mães “negam” a vida sexual das filhas através do silêncio, não perguntando nada sobre os relacionamentos das mesmas, entre muitas mulheres mais velhas, as conversas, ao invés de sanar dúvidas, instauram receio e idéias errôneas sobre as conseqüências de diversas atitudes hoje consideradas como naturais num relacionamento afetivo entre um homem e uma mulher.

ENTREVISTADORA: E me conta aqui uma coisa, a senhora com a mãe da senhora. conversava sobre as relações sexuais, sobre como que seria depois do casamento, como que seria a primeira noite? Era fácil?

DORALICE: Não. Era muito reservado, né. Esse tipo de conversa era muito reservado com a gente. A gente não conversava muito não, mais ela sempre falava com a gente que antes de casar tinha que tomar cuidado, não deixar colocar a mão na gente, esse tipo de coisa. [**] nem pegar na mão. Mais ela não explicava a fundo o porquê.

(Doralice, P2)

A fala de Hebe, uma mulher de 34 anos de idade, com 2º grau completo e que perdeu a mãe quando era criança, indica que o fato de ela ter crescido sem a presença materna por perto fez com que ela conhecesse melhor o seu corpo. Muitas vezes, a presença de uma família e, dependendo do caso, de uma mãe que, seja pelo silêncio, seja pelo discurso pautado em tabus e papéis conservadores de gênero, podem atuar como uma barreira no auto-conhecimento da mulher e, por conseguinte, ampliar sua vulnerabilidade ao HIV/AIDS e a outras conseqüências indesejáveis, como uma gravidez não planejada.

ENTREVISTADORA: Você acha que se sua mãe tivesse viva, tivesse te acompanhado na adolescência, seria diferente?

HEBE: Eu acho.

ENTREVISTADORA: Ia conhecer menos seu corpo?

HEBE: Menos, muito menos.

(Hebe, P4)

Para muitas mulheres mais velhas, a conversa sobre sexo, sexualidade, IST's e HIV/AIDS, por exemplo, parece acontecer com mais facilidade no caso da filha estar se preparando para casar ou de ter engravidado antes do casamento. No perfil 2, composto por mulheres entre 40 e 59 anos, de baixa escolaridade, com três filhos ou mais, este tipo de relato aconteceu com mais freqüência. As falas de algumas destas mulheres reforçam idéias tradicionais de que cabe à mãe conversar sobre sexo com a filha antes do casamento desta, explicando o que deve acontecer na noite de núpcias e o que se espera dela. Além disto, algumas falas remetem a idéia de que, se alguma filha engravida, a mãe se sente mais à vontade para iniciar uma conversa sobre a vida sexual da jovem. Um exemplo desta questão pode ser observado no extrato de fala apresentado a seguir.

CINARA: Eu conversei muito com a minha filha com esse negócio dela ter engravidado, né? Perguntei a ela se ela não teve medo de ter pegado alguma doença, igual tá acontecendo a AIDS e outros tipos de doença. Se ela não teve medo. E converso com as outras também, se elas tiveram relação sexual, tem que tomar cuidado, né? Ver quem é a pessoa que elas saem.

(Cinara, P2)

Além da família, o círculo de amizades também pode ser considerado como uma instância relevante para diálogos que envolvem temas afins com sexo e sexualidade. Apesar disto, há de se destacar que as entrevistas, de uma maneira geral, deixam evidente que as conversas que acontecem são muito mais voltadas para confidências sentimentais do que para esclarecimento de dúvidas ou reflexões sobre questões relacionadas, por exemplo, as IST's e ao HIV/AIDS.

Além das amigas, outra importante fonte de informação sobre HIV/AIDS é a mídia. Através dela, as pessoas se informam de uma maneira conveniente e sem constrangimentos, já que não têm que perguntar nada a ninguém.

ENTREVISTADORA: Como que era com você e com sua mãe essas conversas?

ADALIA: A gente não tinha conversa.

ENTREVISTADORA: E aonde que você aprendia as coisas?

ADALIA: Na escola, com colegas.

ENTREVISTADORA: E o que cês comentavam?

ADALIA: Tipo assim, eu comentava muito pouco, eu sempre ouvi, ninguém nunca soube das minhas coisas.

ENTREVISTADORA: Você não conversava com ninguém?

ADALIA: Não.

ENTREVISTADORA: Quando cê tinha alguma dúvida, alguma ansiedade o que você fazia?

ADALIA: Revista. Tinha uma revista na época, capricho, eu acho então eu lia e procurava informação assim. Tinha programa de televisão que às vezes tinha informações, eu via a propaganda do programa e ficava esperta.

(Adália, P1)

Quanto ao diálogo com os profissionais da saúde, os relatos de muitas mulheres mostram que, além das dificuldades para a realização de uma consulta ginecológica, para algumas delas o hábito de procurar um médico para cuidar da saúde sexual não faz parte do cotidiano. Adicionalmente, como acontece entre muitas mulheres mais velhas, as jovens também têm inibições para falar sobre relações sexuais, sexo e doenças sexualmente transmissíveis com estes profissionais.

Assim, os relatos mostram que existe uma expressiva distância entre médico e paciente. A grande crítica presente nas falas das mulheres entrevistadas, particularmente daquelas com menor escolaridade e que utilizam o serviço público de saúde, está direcionada à inadequação do atendimento médico, o qual não favorece o diálogo e a perda da timidez. Em geral, as consultas são rápidas e não permitem que se estabeleça uma conversa mais longa e franca que, além de esclarecer dúvidas, incentive as mulheres a adotarem práticas preventivas. Vale ressaltar que o perfil que engloba as mulheres de alta escolaridade destoa desta idéia apresentada anteriormente, já que estas mulheres não apresentam o menor problema em conversar com o médico assuntos relacionados a sexo, sexualidade e IST's, assim como verificado por Torres (2007). Em muitos casos, como indica a fala de Hebe, elas até preferem conversar com este profissional, já que ele seria uma fonte confiável de informação.

ENTREVISTADORA: E com quem você se sentiria mais a vontade para conversar sobre esses assuntos?

HEBE: Acho que, com um profissional que soubesse me informar e me dá uma informação correta. Porque não adianta conversar com uma pessoa que também não vai saber o que tá falando.

(Hebe, P4)

Outra instância que desempenha um papel importante na vida de muitas mulheres entrevistadas e que poderia ser utilizada como uma fonte de informação de qualidade é a relativa aos espaços religiosos, tais como templos e Igrejas. De acordo com Galvão (1997), no Brasil, o aparecimento da AIDS gerou diferentes tipos de manifestações por parte das diversas tradições religiosas. Algumas publicaram artigos na imprensa ou divulgaram entre seus fiéis, algumas formaram grupos de

reflexão e outras, ainda, procuraram trabalhar a questão assistencial. A autora destaca que não há dúvida de que a AIDS impôs – e ainda impõe – às diferentes tradições religiosas a necessidade de repensar práticas de serviços, de assistência, de tratamento e de apoio espiritual. Apesar disto, o relato de algumas mulheres revela que muitas tradições religiosas insistem em defender o sexo somente dentro do casamento, mesmo que este seja um ponto considerado difícil nos dias de hoje.

EMÍLIA: Eu sentia como sensação de prazer e depois que passou e tudo, eu comecei a perceber que eu acho que era uma coisa imaginária. Você pensa tanto, tanto, tanto numa coisa né, que ela se torna real. Eu acho que psicologicamente falando [**] todo mundo fala que [*] psicológico? Então, eu vejo dessa maneira. Dentro da igreja a gente aprende aquelas questões assim, sobre a sexualidade, muitas vezes em algumas [**] eles são muito rígidos com relação á isso né, então talvez pra igreja seja difícil trabalhar a sexualidade dentro de um padrão que seja assim, [**]. Então assim, acaba que pela dificuldade que tem, eles impõem essas coisas. Então tinha a questão da masturbação; que é pecado, é pecado, é pecado, é pecado! Então assim, quando tinha [**] eu ficava com raiva de mim. [**] com raiva de mim toda vez que eu fazia isso. Aí quando (...).

ENTREVISTADORA: Mas você gostava? Quando fazia você gostava, sentia prazer?

EMÍLIA: Sentia prazer e depois me detestava, ficava chateada.

(Emília, P3)

GARDÊNIA: A gente ficar sem [sexo], a gente não consegue. Porque é uma coisa que você já está acostumado. Porque se você já está acostumado a fazer sexo, já está acostumado a fazer numa determinada freqüência...

ENTREVISTADORA: Era uma freqüência grande?

GARDÊNIA: Não. Não era uma freqüência muito grande não. Mas você cortar de repente é a mesma coisa que você tirar uma coisa que você está acostumado a comer. Se você cortar de repente você vai sentir falta daquilo. Eu acho que assim, a gente tá diminuindo o ritmo até chegar numa hora que ou a gente vai parar... O certo seria a gente parar mesmo, e fazer só depois que casar. Mas a gente não nasceu nessa religião, a gente não tem isso na cabeça que tem que ser feito desse jeito, que a gente já conhece, a gente já sabe como é que é. Então é difícil, não tem como ficar sem.

ENTREVISTADORA: Entendi. Então vocês diminuíram a freqüência, com essa intenção. A idéia é que uma hora vocês consigam parar totalmente.

GARDÊNIA: De cara a gente sabe que não vai conseguir parar totalmente também, então a gente tá tentando diminuir a freqüência e tentando fazer de acordo com o que a gente acredita que é certo, né? De acordo com o que foi explicado para gente, de acordo com o que foi mostrado pra gente.

(Gardênia, P3)

Apesar das falas de algumas mulheres que integram um perfil de jovens, solteiras ou unidas, com pelo menos 8 anos de escolaridade, sugerirem, a princípio, que freqüentar alguma tradição religiosa não interfere na proteção, elas indicam que

muitas crêem que “a vontade” de Deus é de que as pessoas – em especial as mulheres – restrinjam o número de parceiros sexuais. Para algumas entrevistadas, a religião, por si só, não protege as pessoas do HIV/AIDS, na medida que ir à igreja e seguir seus preceitos são duas coisas diferentes.

ENTREVISTADORA: Mesma coisa. E você acha que ir ou não a Igreja, protege mais as pessoas contra a AIDS?

DANIELA: Ah, eu acho que não faz diferença não.

ENTREVISTADORA: Não? Por que?

DANIELA: Até porque [*] pessoa vai na Igreja mas já sai de lá fazendo coisa errada então acho que isso não ajuda não.

ENTREVISTADORA: Não tem muita diferença.

DANIELA: Não.

(Daniela, P3)

A informação é fundamental – não só a proveniente da instância religiosa, mas a vinda de várias outras. Os médicos, mais uma vez, são apontados por algumas como fonte de informação relevante para ajudar as pessoas a compreenderem o contexto atual e se sensibilizarem para a importância da proteção. Este argumento, entretanto, se choca com as falas de muitas mulheres que alegam que, em geral, não se sentem à vontade para conversar com o médico sobre questões relacionadas ao sexo e a sexualidade. Contudo, para algumas, a proteção de fato, só acontece por disposição individual. O extrato da fala a seguir ilustra este ponto.

ENTREVISTADORA: E o fato da pessoa ter ou não orientação religiosa. Cê acha que protege mais da AIDS? O que se fala dentro das igrejas.

DAGMAR: Ah não! Eu acho que auxilia a pessoa a compreender a situação que ta sendo vivida hoje em dia pra todos nós, essa doença aí que mata tantas pessoas, mas proteger eu acho que é só você próprio que se protege. Não tem igreja, não tem medicina, não tem estudo de pesquisa, nada disso protege não, quem tem que se proteger é você mesmo. Eu acho que auxilia, informação de igreja, de medicina, de laboratório, de pesquisa, igual é o caso aqui, eu acho que auxilia pra proteger, mas pra proteção mesmo é você que faz.

(Dagmar, P2)

Esta idéia, de que a Igreja por si só não protege fica ainda mais clara na fala abaixo, na medida em que a entrevistada indica que a Igreja pode, muitas vezes, cegar as pessoas. A entrevista indica ainda a necessidade de se trabalhar questões relacionadas a AIDS e ISTs na Igreja.

ENTREVISTADORA: Bom, pra gente fecha a nossa conversa, se você tivesse alguma sugestão de campanha, que tipo de campanha você acha que chamaria a atenção de mulheres pra elas se cuidarem? Ou para o jovens (...)

HORTÊNCIA: A televisão mesmo. É... Igreja, porque acho que hoje em dia o pessoal tá procurando muito Deus, porque é tanta coisa ruim que tá acontecendo. Então o pessoal tá (?) então que não seja vinculado na televisão, que seja vinculado em Igreja mesmo, porque não adianta a gente fechar os olhos e falar há eu sou crente, há meu filho não vai transar porque eu sou crente, mas tem que ter orientação sim, porque não? É filho de crente mas acaba pecando sim.

(Hortência, P4)

Por fim, uma instância importante na questão do HIV/AIDS é a escola. Muitas entrevistadas dizem que aprenderam sobre doenças sexualmente transmissíveis, sobre métodos contraceptivos e sobre formas de prevenção a DST's na escola. A fala de Juliana, uma mulher de alta escolaridade, indica a importância desta instituição.

ENTREVISTADORA: Mas por exemplo, essas coisas assim...de quando o corpo começa a mudar, chega a menstruação, o seio começa a crescer, você começa a perceber os meninos. Você teve alguém pra poder conversar com você sobre essas coisas? Sobre sexo, gravidez, essas coisas assim?

JULIANA: Na minha casa não teve não.

ENTREVISTADORA: Em algum lugar?

JULIANA: Aprendi mais em escola (...)

(Juliana, P4,)

Apesar disto, é possível verificar que as lições passadas se restringem muito mais ao aspecto biológico, tais como tipos de doenças e formas de transmissão e de prevenção – é a biologização das questões ligadas à saúde sexual e reprodutiva. As falas deixam evidente o fato de que aspectos fundamentais às mudanças de atitudes e comportamentos, como as relações afetivas e questões subjetivas vinculadas ao exercício da sexualidade e da prevenção, são, em geral relegadas a segundo plano, ou até mesmo ignoradas. Este é um aspecto extremamente relevante a ser considerado nas reflexões acerca de campanhas e ações de prevenção.

5. Considerações finais

O objetivo deste trabalho foi entender melhor a questão do conhecimento sobre o HIV/AIDS entre as mulheres de 18 a 59 anos, residentes em Belo Horizonte. Para tal, foram delineados quatro perfis de mulheres, através do método Grade of Membership (GoM), e feitas 43 entrevistas em profundidade com mulheres dos quatro perfis.

Os resultados quantitativos são exatamente os esperados. Os perfis nos quais as mulheres têm maior probabilidade de serem de escolaridade mais baixa (até 8 anos de estudo) são também aqueles nos quais as mulheres têm maior probabilidade de acharem que a AIDS tem cura ou não saberem a resposta.

Os resultados qualitativos nos apontam para algo um pouco diferente. É verdade que algumas formas de transmissão do HIV/AIDS são conhecidas por mulheres de todos os níveis de escolaridade, o que sugere um certo

compartilhamento do conhecimento que independe da escolaridade formal e provavelmente foi adquirido de outras formas. No entanto, outras formas de transmissão não são tão bem conhecidas e certas dúvidas assolam tanto as mulheres de baixa escolaridade quanto aquelas de nível superior ou mais. Apesar dos resultados qualitativos não serem generalizáveis, eles nos indicam que, por trás de um conhecimento universal do HIV/AIDS, ainda persistem muitas dúvidas com relação à doença, sobretudo no que diz respeito à transmissão do vírus.

Se há fontes de informação além da escola, que fontes são essas? As falas das mulheres dos diferentes perfis sugerem que, em geral, o conhecimento sobre a saúde sexual e reprodutiva, incluindo o HIV/AIDS, se dá nas instâncias onde se estabelecem as relações familiares, de amizade, nas relações médico-paciente e nas relações com alguma crença religiosa. Nestes espaços, no entanto, as mulheres ainda não encontram abertura para estabelecer um diálogo franco e sem tabus, preconceitos e medos. A fonte de informação passiva, através da qual as pessoas se informam sem ter que perguntar nada a ninguém, ainda está entre as preferidas. Independentemente do nível de escolaridade da mulher, percebe-se uma enorme falta de diálogo. A sexualidade feminina continua à sombra, velada, escondida. Cada mulher guarda para si as suas dúvidas e incertezas porque, afinal, ninguém nunca sabe das coisas de ninguém.

Referências bibliográficas

ANTUNES, M. C.; PERES, C. A.; PAIVA, V.; STALL, R.; HEARST, N. Diferenças na prevenção da AIDS entre homens e mulheres jovens de escolas públicas em São Paulo, SP. *Revista de Saúde Pública*, n. 36 (4 sup.), 2002.

BARBOSA, L. M. *Perfis de vulnerabilidade ao risco de contrair o HIV nas regiões Nordeste e Sudeste brasileiras: aspectos individuais e da comunidade*. Tese (Doutorado em Demografia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001, 115f...

BASTOS, F. I.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 16(Sup.1), 2000

BAPTISTA, D.B.D.A. *Idosos no município de São Paulo: expectativa de vida ativa e perfis multidimensionais de incapacidade a partir da SABE*. 2003.113f. Dissertação (Mestrado em Demografia). Cedeplar/UFMG, Belo Horizonte, 2003.

BRASIL. *Boletim Epidemiológico AIDSDST* – Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, programa Nacional de DST e Aids. Brasília, 2004.

BRASIL. *Boletim Epidemiológico AIDSDST* – Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, programa Nacional de DST e Aids. Brasília, 2007.

BEMFAM (Sociedade civil bem-estar familiar no Brasil)/DHS (Demograph and health survey), 1997. *Brasil. Pesquisa Nacional sobre demografia e saúde*. 1996. Rio de Janeiro: BEMFAM/DHS.

CERQUEIRA, C. A. *Tipologia e características dos estabelecimentos escolares brasileiros*. 2004. 295f. Tese (Doutorado em Demografia). Cedeplar/UFMG, Belo Horizonte, 2004.

CUNHA, J. V. Q. *Vulnerabilidade, gênero e HIV: um estudo sobre mulheres e homens heterossexuais, Brasil, 1998*. (Tese de doutorado) Belo Horizonte: Cedeplar/UFMG, 2006. 157 p.

DINIZ, S. G. *Gênero e prevenção das DST/AIDS*. Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde. [s.d] [s.l].

FLICK, U. *Uma introdução à Pesquisa Qualitativa*. 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

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

FONSECA, M. G. P.; BASTOS, F. I. Twenty-five years of the AIDS epidemic in Brazil: principal epidemiological findings, 1980-2005. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23 Sup 3, 2007.

GALVÃO, J. As respostas religiosas frente à epidemia de HIV/AIDS no Brasil. In: PARKER, R. (org), *Políticas, Instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.: ABIA, 1997.

GHILHEM, D. *Escravas do Risco: Bioética, Mulheres e Aids*. Brasília: Editora UNB, 2005, 248p..

HAGUETTE, T. M. F. *Metodologias Qualitativas na Sociologia*. 5.ed. Petrópolis: Vozes, 1997. 224 p.

LACERDA, M. A., *Perfis de demanda insatisfeita por contracepção nos municípios de Belo Horizonte e Recife, 2002*. 141f. Dissertação (Mestrado em Demografia). Cedeplar/UFMG. Belo Horizonte: 2005.

LOPES, F. *Mulheres negras e não negras vivendo com HIV/AIDS no estado de São Paulo: um estudo sobre suas vulnerabilidades*. 2003. 203f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

MANN, J.; TARANTOLA, D.J.M.; NETTER, T.W. (Eds.). *AIDS in the world*. Cambridge: Harvard University Press, 1992. 1037 páginas.

MANTON, K. G., WOODBURY, M. A. e TOLLEY, H. D. *Statistical applications using fuzzy sets*. New York: John Wiley & Sons, 1994. 312p. Capítulo 1. Crisp and fuzzy sets in statistics. 1-20, 1994.

MANTON, K. G., VERTREES, J. C. The use of grade of membership analysis to evaluate and modify diagnosis-related groups. *Medical Care*, New York, v.22, n.12, p.1067-1082, Dec, 1984.

MIRANDA-RIBEIRO, P., CAETANO, A. J. O Programa SRSR. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, Campinas, v.20, n.2, 303-305, jul/dez.2003.

MIRANDA-RIBEIRO, P., CAETANO, A. J., SANTOS, T. F. *SRSR: Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça/Cor – Relatório descritivo*. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2004.

MIRANDA-RIBEIRO, Paula, SIMÃO, Andréa Branco, CAETANO, André Junqueira, PERPÉTUO, Ignez Hemarta Oliva, LACERDA, Marisa Alves e TORRES, Maria Eponina de Abreu e. Acesso à contracepção e ao diagnóstico do câncer de colo uterino em Belo Horizonte: uma contribuição metodológica aos estudos quanti-quali. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, jul./dez. 2007, vol.24, no.2, p.341-344.

PAIVA, V.; BUGAMELLI, L.; LEME, B. VENTURA-FILIPPI, L. vulnerabilidade das mulheres ao HIV é maior por causa dos condicionantes de gênero? *Cuadernos Mujer y Salud*, 3, 1998.

SANTELLI, J. S., KOUZIS, A. C.; HOOVER, D. R; POLACSEK, L. W. G. Stage of behavioral change for condom use: the influences of partner type, relationship and pregnancy factors. *Family Planning Perspectives*, 28(3):101-107, 1996.

SANTELLI, J. S., BRENER, N. D., LOWRY, R., BHATT, A., ZABIN L. S. Multiple sexual partners among US adolescents and young adults. *Family Planning Perspectives*, 30(6):271-275, 1998.

SANTOS, C. O.; IRIART, J. A. B., Significados e práticas associadas ao risco de contrair HIV no roteiros sexuais de mulheres de um bairro popular de Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(12), 2007.

SAWYER, D. O., LEITE, I. C., ALEXANDRINO, R. Perfis de utilização de serviço de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, v.7(4): 757-776, 2002.

SOLER, H., QUADAGNO, D., SLY, D. F., RIEHMAN, K. S., EBERSTEIN, I. W., HARRISON, D. F. Relationship dynamics, ethnicity and condom use among low-income women. *Family Planning Perspectives*, 32(2):82-88 &101, 2000.

TORRES, M.E.A. 2007 *Perfis e Percepções acerca da consulta ginecológica em Belo Horizonte no início do século XXI*. 125f. Dissertação (Mestrado em Demografia). Cedeplar/UFMG. Belo Horizonte: 2007.

UNAIDS/WHO; 2007. The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS epidemic update: December, 2007. UNAIDS/WHO, 2007.

VILLELA, W. Dossiê mulher e AIDS. [SI]: Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, [200?]. 33 páginas. Disponível em http://www.redesaude.org.br/dossies/html/dossimulher_e_AIDS.html. Acesso em 20 de Janeiro de 2007.

WAGSTAFF, D. KELLY, J. A., PERRY, M. J., SIKKEMA, K. J., SOLOMON, L. G., HECKMAN, T. G., ANDERSON, E. S. Multiple partners, risk partners and HIV risk

among low –income urban women. *Family Planning Perspectives*, 27(6):241-245, 1995.

WEISS, Robert S. *Learning for strangers: the art and method of qualitative interviews studies*. New York: The Free Press, 1994.

Anexo

Características das entrevistadas de Belo Horizonte

Perfil 1	idade	status		escolaridade	raça/cor	plano de saúde
		marital	parturição			
Abigail	29	unida	2	8a série	negra	não
Abnara	25	unida	2	6a série	negra	não
Acácia	33	unida	2	6a série	negra	não
Açucena	34	unida	2	8a série	negra	não
Adália	29	unida	2	6a série	negra	não
Belinda	28	unida	2	3a série	negra	não
Betina	30	unida	2	5a série	negra	não
Betânia	26	unida	2	7a série	negra	não
Brenda	34	unida	2	7a série	negra	não
Brigite	24	unida	2	5a série	negra	não
Perfil 2	idade	status		escolaridade	raça/cor	plano de saúde
		marital	parturição			
Carmem	40	separada	3	4a série	negra	não
Cassiana	50	viúva	3	5a série	branca	sim
Catarina	52	separada	4	6a série	negra	sim
Chiara	43	separada	6	4a série	negra	não
Cinara	54	separada	7	3a série	negra	não
Claudete	41	separada	6	2a série	negra	não
Dagmar	55	separada	3	7a série	negra	sim
Virgínia	48	viúva	5	7a série	branca	não
Dara	54	separada	3	4a série	branca	não
Doralice	50	viúva	3	5a série	branca	sim
Dorotéia	49	separada	3	6a série	negra	sim
Perfil 3	idade	status		escolaridade	raça/cor	plano de saúde
		marital	parturição			
Daniela	19	solteira	0	8a série	branca	não
Edite	26	solteira	0	superior	branca	não
Elvira	28	solteira	0	superior	negra	não
Emília	20	solteira	0	superior	negra	não
Eneida	24	solteira	0	superior	branca	sim
Francisca	22	solteira	0	superior	negra	sim
Florinda	22	solteira	0	superior	branca	sim
Rosana	19	solteira	0	ensino médio	negra	não
Flora	22	solteira	0	ensino médio	negra	não
Gorete	29	solteira	0	ensino médio	branca	não
Giovana	19	solteira	0	ensino médio	branca	sim
Gardênia	24	solteira	0	ensino médio	branca	sim
Perfil 3	idade	status		escolaridade	raça/cor	plano de saúde
		marital	parturição			
Glaura	35	casada	1	ensino médio incompl.	branca	sim
Grácia	30	casada	1	ensino médio	branca	sim
Halina	35	casada	1	superior	branca	sim
Hana	38	casada	1	superior	branca	sim
Hebe	34	casada	1	ensino médio	branca	sim
Henriqueta	37	casada	1	superior	branca	sim
Hortência	34	casada	1	ensino médio	branca	sim
Ieda	34	casada	1	ensino médio	branca	sim
Juliana	31	casada	1	superior	branca	sim
Rose	32	casada	1	ensino médio	branca	sim