

Vulnerabilidade feminina ao HIV/aids em duas áreas urbanas do Brasil: lições a serem aprendidas*

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

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

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, no período compreendido 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 socioeconomicamente (Barbosa, 2001; Brasil, 2004; Brasil, 2007). Especificamente para os dois estados onde se localizam os municípios focos deste estudo, observa-se o aumento das taxas de incidência em Pernambuco (de 7,6 em 1996 para 10,4 em 2005) e sua diminuição em Minas Gerais (de 10 para 8,2 no mesmo intervalo de tempo).

No caso das diferenças entre grupos raciais, embora a inserção do quesito raça/cor nas notificações seja recente, movimentos organizados da sociedade civil vêm chamando a atenção para a possibilidade de aumento da infecção entre indivíduos deste subgrupo populacional, particularmente entre as mulheres. Os dados do Ministério da Saúde sugerem este aumento. Entre 2004 e 2006, o percentual de casos de AIDS entre as mulheres negras aumentou de 44,7% para 46,6%. Entre as mulheres brancas, por outro lado, no mesmo período, o percentual de casos declinou de 53,4% para 52,6% (Brasil, 2007).

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

Este conjunto de mudanças na dinâmica da epidemia, com a infecção feminina tornando-se cada vez mais relevante, torna central a compreensão da forma como os fatores sociais, econômicos e demográficos, dentre eles, o local de residência e a raça/cor, se combinam para gerar diferentes níveis e tipos de vulnerabilidade para as mulheres. A questão das diferenças entre grupos raciais é particularmente importante, sobretudo para as mulheres, uma vez que estudos em diversas áreas – saúde materno-infantil, mortalidade, emprego e renda, por exemplo – demonstram piores condições de vida para este contingente populacional.

O objetivo deste artigo é analisar a vulnerabilidade feminina ao HIV/aids em Belo Horizonte (capital do estado de Minas Gerais) e Recife (capital do estado de Pernambuco), Brasil. Os dados são oriundos do projeto SRSR – Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça/Cor, (Reproductive Health, Sexuality, and Race), uma pesquisa amostral e domiciliar conduzida em 2002, com mulheres de 15 a 59 anos em Belo Horizonte e Recife, bem como 83 entrevistas em profundidade conduzidas com mulheres de 18 a 59 anos nos mesmos municípios, conduzidas entre outubro e dezembro de 2007. As entrevistadas foram selecionadas a partir dos perfis gerados pelo método Grade of Membership (GoM).

Após esta introdução, é feita uma revisão da literatura pertinente. Em seguida, está uma descrição dos dados e da metodologia. Os resultados e sua análise vêm na sequência. Finalmente, apresentam-se alguns comentários finais, à guisa de conclusão. Os resultados sugerem que a vulnerabilidade ao HIV/aids é extremamente complexa e varia de acordo com o nível socioeconômico das entrevistadas.

Revisão da literatura

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, considerada como sendo aquela 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-],).

Dados atuais mostram que a razão de sexo vem diminuindo ao longo das décadas, passando de 15 homens para cada 1 mulher em 1986, para 15 homens para cada 10 mulheres em 2005; que, ao longo dos tempos, houve mudanças na categoria de exposição sexual, observando-se uma maior proporção na categoria de heterossexuais (9,2% dos casos) e na categoria de transmissão vertical, que concentra a maior parte dos casos (81,6%); que, enquanto a taxa de incidência de casos de aids (por 100.000 hab) em Minas Gerais é de 12,7, em Pernambuco ela é de 15,4; que, embora tenham limitações devido ao número de casos de ignorados, as informações sobre raça/cor revelam que a razão entre brancos e negros vem diminuindo, particularmente entre as mulheres, passando de 16,1:1, em 2001, para 1,1:1, em 2006 (Brasil, 2007).

Considerando todas as informações obtidas até então, é possível argumentar que inúmeros aspectos influenciam a dinâmica da aids, o que faz com que coexistam diferentes epidemias; epidemias multifacetadas e estreitamente relacionadas com o contexto onde ocorrem. Assim, sendo o Brasil um país de dimensões continentais e de grande diversidade cultural e socioeconômica, suas diferentes regiões e os diversos subgrupos populacionais que nelas coexistem revelam dinâmicas distintas para a epidemia. Neste contexto, existe uma necessidade premente de estudos mais detalhados das populações que se encontram mais suscetíveis à epidemia (Barbosa, 2001; Barbosa, 2002; Fonseca e Bastos, 2007; Santos e Iriart, 2007).

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 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 projeto, 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 foi 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 inter-relação entre elas, dentro de contextos específicos, foram buscados os diferenciais em termos da determinação da percepção de risco.

Este tipo de avaliação já foi realizado em estudos anteriores que, 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 apontam para o fato de que a permanência da idéia de grupos de risco e a confiança no parceiro – implícita nos relacionamentos estáveis – afetam a percepção do risco pessoal, levando a comportamentos individuais de risco e, conseqüentemente, ao aumento da vulnerabilidade (Paiva, 1998). Outros sugerem que o aumento do nível de informação, embora necessário, não é suficiente para garantir mudanças nas práticas sexuais, sugerindo que, para além do nível de informação, é necessário 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. 1995; Santelli et al, 1998; Soler et al, 2000; Wagstaff et al, 1995; Antunes, 2002). Além disso, em muitos casos, o risco é apontado, com base em resultados de pesquisa, como tendo uma dimensão de destino, parte do custo intrínseco de qualquer relação afetivo-sexual (Finkler et al., 2004).

Permeando a maioria destes estudos, está a afirmativa de que as relações de gênero têm papel central na determinação dos comportamentos. Eles apontam para o fato de que as mulheres encontram mais barreiras que os homens para adotar práticas de sexo seguro. Este fato vem associado, quase sempre, ao seu menor poder de negociação do uso do preservativo nas relações sexuais, sobretudo aquelas com parceiros estáveis, onde a monogamia e a heterossexualidade do parceiro são tomadas como certas; à associação entre preservativo e proteção contra gravidezes e não contra doenças infecciosas; à vergonha de falar sobre temas atinentes ao sexo – como práticas prazerosas e sexo seguro – com o parceiro sexual; à maior associação entre amor e sexo e entre estabilidade na relação e fidelidade – o que implica em menores níveis de uso do preservativo nas relações sexuais com parceiros estáveis; à representação, ainda comum e socialmente aceita, do homem como possuindo um caráter sexual quase incontrolável, em contraposição à mulher, vista como passiva e submissa, ambos respondendo aos papéis sexuais e de gênero que lhes são inculcados socialmente (Finkler et al., 2004; Diniz [s.d.]; Antunes, 2002; Guerriero et al., 2002; Ayres et al., 1999; Paiva, 1998; Soler, 2000).

Em relação às questões de raça, a população negra, sob diferentes aspectos, ainda se encontra em grande desvantagem, quando comparada à população branca. São os negros que apresentam níveis de mortalidade infantil e materna e de desnutrição mais altos, níveis de escolaridade e de renda mais baixos e que apresentam os mais altos níveis de vitimização em termos de violência e criminalidade. É exatamente nas populações carentes, onde a população negra brasileira se encontra sobrerrepresentada, que as desigualdades de gênero mais se fazem sentir. Adicionalmente, também é importante observar o fato de que

o acesso à informação satisfatória ainda está vinculado, de forma bastante estreita, ao acesso à educação formal, a serviços de saúde e a meios de comunicação de maior resolutividade, que, por seu curso, dependem quase sempre de uma renda que permita custear tais bens. Boa parte da população negra possui acesso limitado não só a renda, mas também aos demais aspectos mencionados. Assim, é possível supor que as mulheres negras encontram-se mais fortemente expostas a condições de vida desfavoráveis, inclusive se comparadas à população negra masculina. Tudo isso implicando em mais altos níveis de vulnerabilidade também ao HIV/AIDS (IBGE, 2002; Olinto, 2000; Olinto, 1999). Este conjunto de fatores inter-relacionados reafirma a importância do olhar multifacetado sobre a questão da percepção de risco e da vulnerabilidade das mulheres nos dois municípios em questão, em especial do destaque dado aos diferenciais raciais nesta percepção e nos níveis diferenciais de vulnerabilidade que ela implica.

Norteando a consecução do presente projeto e tendo como base toda a bibliografia consultada, o conceito de vulnerabilidade que balizou as atividades foi aquele apresentado pela UNAIDS, que preconiza que vulnerabilidade constitui “*o reflexo da incapacidade de um indivíduo ou comunidade controlar seu risco de infecção ao HIV*” (UNAIDS, 1998, apud Report on the Global AIDS Epidemic, Chapter 5, page 105, 2005).

Este conceito vem afirmar, uma vez mais, a relação entre comportamento individual e contexto social e programático na definição dos níveis de vulnerabilidade e, conseqüentemente, no planejamento e consecução de estratégias para o enfrentamento dessa epidemia.

Dados e metodologia

Etapa quantitativa

Os dados utilizados na etapa quantitativa advém 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 (Miranda-Ribeiro et al, 2004). 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 no 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 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 et al, 1994; Baptista, 2003; Cerqueira, 2004; Lacerda, 2005). Com a aplicação desta técnica, foi possível identificar diferenças existentes entre as mulheres brancas e negras, no que se refere a um conjunto de características sociodemográficas.

Etapa qualitativa

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 no 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, a fim de testar o roteiro e verificar sua adequação aos objetivos do projeto .

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).

No presente estudo, a principal vantagem da utilização dessa metodologia consistiu na possibilidade de compreender melhor a influência que diferentes fatores podem exercer no processo de construção da percepção da vulnerabilidade à infecção pelo HIV/AIDS. Dentre tais fatores podem ser mencionados as relações de gênero, o nível de informação sobre HIV/AIDS e a percepção acerca dos portadores do HIV/AIDS. Adicionalmente, o uso de método qualitativo também possibilitou inúmeras reflexões acerca da relação entre a

percepção que as mulheres entrevistadas apresentam sobre o vírus e a doença e as atitudes que assumem em suas vidas cotidianas.

Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas para análise, seguindo o roteiro de entrevista semi-estruturada elaborado para fins deste projeto. Todas as entrevistadas assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, declarando ter recebido informações sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa e da entrevista, inclusive sobre a gravação, o sigilo das informações fornecidas e da identidade, e ter concordado em participar. Este termo, bem como o corpo do projeto, foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG. Ao final da entrevista, as entrevistadas foram presenteadas com um kit que continha, além de alguns produtos de beleza, camisinha e folheto informativo sobre o HIV/AIDS.

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. Para tal, foram observadas algumas categorias sociodemográficas que definiram cada perfil, sendo elas: idade, estado conjugal, parturição, escolaridade, raça/cor e se possui ou não plano de saúde. Destaca-se que estes perfis são determinados pelo parâmetro g_{ik} , ou escore de pertencimento¹, 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 e Vertrees, 1984; Sawyer et al, 2002; Lacerda, 2005).

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 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. Ainda assim, a subjetividade não é totalmente eliminada, uma vez que a seleção das entrevistadas não foi feita aleatoriamente (Miranda-Ribeiro et al, 2007).

Na prática, a seleção das participantes aconteceu por meio de estratégias de conveniência ou ao acaso. Nas estratégias de conveniência, foram utilizadas redes de

contatos e de conhecimentos. Algumas entrevistadas foram recrutadas ao acaso, ou seja, foram abordadas diretamente pelas pesquisadoras ou por recrutadoras, sem que nenhuma delas conhecesse previamente a mulher ou algum contato. Esta segunda forma de recrutamento foi mais prevalente em Recife, onde a equipe tinha menos contatos. Já em Belo Horizonte, a maioria das entrevistadas foi recrutada via redes de contatos da equipe.

Com relação às características das entrevistadas, a seleção se deu a partir da observação das características sociodemográficas delineadas pelos perfis do GoM e a decisão do número de perfis a serem gerados foi tomada com base na comparação entre os resultados obtidos em modelos de 3, 4 e 5 perfis. Os modelos de 4 perfis se revelaram mais adequados para descrever a diversidade da população em análise. Portanto, optou-se por trabalhar com um modelo de quatro perfis extremos do GoM.

Tais perfis fornecem um retrato das características mais recorrentes das mulheres em Belo Horizonte e Recife, a partir das variáveis selecionadas, permitindo que as entrevistadas escolhidas reproduzam alguns aspectos da população feminina total entre 18 e 59 anos nos municípios em estudo. Cabe ressaltar que 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). Os perfis das mulheres entrevistadas nos dois municípios encontram-se no Quadro 1.

¹ Para maiores esclarecimentos a respeito da técnica e de seus parâmetros, consultar o projeto aprovado.

Quadro 1 - Perfil de recrutamento das entrevistadas, Belo Horizonte e Recife

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

Recife				
Variável	Perfil 1	Perfil 2	Perfil 3	Perfil 4
Grupo Etário	25 a 34 anos e 40 a 54 anos	18 a 29 anos	18 a 29 anos	40 a 44 anos e 50 a 59 anos
Raça/cor	Branças e Negras	Branças e Negras	Branças e Negras	Branças
Situação conjugal	Unidas	Solteiras e Unidas	Separadas e Viúvas	Casadas
Escolaridade	0 a 7 anos	8 anos ou mais	0 a 4 anos	8 anos ou mais
Parturição	3 filhos ou mais	sem filhos ou 1 filho	1 filho ou 3 filhos e mais	2 filhos
Número de entrevistas	10	10	10	10

Resultados

Resultados quantitativos

O primeiro objetivo da investigação era delinear os perfis das mulheres brancas e negras, entre 18 e 59 anos, residentes nos municípios de Belo Horizonte e Recife. O método GoM foi utilizado para alcançar tal objetivo e, a partir dos modelos gerados pelo mesmo, foram delineados 4 perfis extremos para cada uma das cidades. As características mais relevantes de cada um destes perfis estão descritas a seguir. As tabelas com os modelos delineados completos encontram-se em anexo.

Belo Horizonte

Para Belo Horizonte, 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 frequentarem 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 dizer que evitariam 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. Por fim, as mulheres deste perfil apresentaram maior probabilidade de se auto-perceberem com um risco moderado.

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, ainda, 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 a decisão do uso de métodos contraceptivos é do casal. 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.

Em suma, uma avaliação dos perfis traçados para Belo Horizonte sugere uma situação de maior desigualdade nas relações de gênero entre as mulheres que integram o perfil 1. Tal fato pode contribuir para colocar estas mulheres em situações de maior vulnerabilidade. No caso das mulheres do perfil 2, as probabilidades delineadas permitem assumir que são elas as que possuem menor risco de infecção pelo HIV/AIDS, por não terem tido nenhuma relação sexual nos 12 meses que antecederam a pesquisa. Vale ressaltar que são estas as mulheres que apresentam maior probabilidade de serem mal informadas sobre o HIV/AIDS. Em relação às mulheres do perfil 3, as freqüências marginais revelam que são estas as que apresentam práticas de maior risco. Embora as mulheres deste perfil tenham maior probabilidade de terem tido um baixo número de relações sexuais por mês, a freqüência marginal mostra que a maioria teve mais de um parceiro sexual, que tais parceiros foram ocasionais e que as relações aconteceram sem o uso de preservativo. Mesmo assim, o risco auto-percebido é apenas moderado. Por fim, o perfil 4 é composto por mulheres mais bem informadas e com maior poder de negociação sexual e portanto, com maior probabilidade de estarem em condições de menor vulnerabilidade.

Recife

No caso de Recife, o perfil extremo 1 agrega mulheres com maior probabilidade de terem idades entre 25 e 34 anos e entre 40 a 54 anos, de serem unidas e com pelo menos três filhos, e de terem baixa escolaridade – até 7 anos de estudo. Estas mulheres têm maior probabilidade de não terem religião alguma – embora a freqüência marginal demonstre que a maioria das mulheres nesse perfil é da religião católica – não trabalharem nem estudarem ou de exercerem alguma atividade remunerada e não estudarem; trata-se de mulheres esterilizadas e que, por isso, não utilizam o preservativo atualmente nem o usaram na última relação sexual; são mulheres com maior probabilidade de terem iniciado a vida sexual bastante jovens e não terem usado método algum na primeira relação sexual. Quanto à vida sexual atual, trata-se de mulheres que têm maior probabilidade de terem tido apenas um parceiro sexual no último ano, mais provavelmente um parceiro estável, e de

terem uma baixa frequência sexual. Nas variáveis que avaliam empoderamento, nível de informação e percepção de risco, este perfil foi delineado por categorias que sugerem que as mulheres por ele delineadas possuem maior probabilidade, vis-à-vis a população total, de estarem em relações desiguais de gênero e de não terem feito o teste de HIV no último ano, embora tenham tido algum sintoma ou IST, o mesmo não foi tratado.

No perfil extremo 2, as mulheres possuem maior probabilidade de serem jovens – 18 a 29 anos – solteiras ou unidas e com no máximo um filho –, com maior nível de escolaridade – pelo menos 8 anos de estudo –, de estudarem ou estudarem e trabalharem. Trata-se de mulheres que, com maior probabilidade, usavam algum método que não a esterilização e que também usaram método na primeira relação sexual (que não a pílula), sendo que esta primeira relação ocorreu entre 15 e 19 anos. Estas mulheres, com maior probabilidade, têm uma frequência sexual maior que as mulheres do perfil 1 (pelo menos 5 relações sexuais por mês) e tiveram dois ou mais parceiros sexuais no último ano, embora a última relação tenha sido com um parceiro estável. Trata-se de mulheres que possuem, provavelmente, maior poder na negociação sexual e que tiveram alguma IST ou sintoma no último ano, tendo se tratado. Quanto ao risco de contrair o HIV, há uma maior probabilidade dele ser percebido como pequeno ou moderado. A probabilidade das mulheres já terem feito o teste HIV são maiores que o da população observada.

As variáveis relativas às características sociodemográficas das mulheres que integram o perfil 3 indicam que as mesmas têm maior probabilidade de serem mais velhas (acima de 40 anos), separadas e viúvas e com baixa escolaridade (até 3 anos de estudo). Em termos de parturição, as probabilidades apresentadas para este perfil são mais heterogêneas: as mulheres têm maior probabilidade de terem 1 filho ou 3 filhos e mais. Adicionalmente, neste perfil, encontram-se as mulheres com maior probabilidade de terem tido a primeira relação sexual mais velhas (a partir dos 25 anos) e de não terem utilizado nenhum método nesta primeira relação. Neste perfil também estão as mulheres com maior probabilidade de não estarem utilizando métodos contraceptivos atualmente, de não terem tido (ou não terem sabido informar) nenhuma relação sexual nos últimos 12 meses que antecederam a pesquisa. A probabilidade de não ter parceiro ou, de ter dois ou mais parceiros, é mais elevada para as mulheres deste perfil – a probabilidade mais elevada é das mulheres terem um parceiro ocasional. Em termos de vulnerabilidade, as mulheres que integram o perfil 3 têm maior probabilidade de acreditarem que possuem algum risco de contrair HIV, de nunca terem realizado teste para HIV e de não saberem se este vírus tem cura.

As variáveis relativas às características sociodemográficas das mulheres que integram o perfil 4, indicam que as mesmas têm maior probabilidade de serem mulheres de 35 a 49 anos, brancas, casadas e com escolaridade mais elevada (acima de 8 anos de

estudo). Quanto à religião, estas mulheres apresentam probabilidade mais elevada de serem protestantes ou pentecostais ou de pertencerem a outras religiões. Em termos de parturição, a maior probabilidade é de que estas mulheres tenham 2 filhos. Neste perfil, encontram-se as mulheres com maior probabilidade de terem tido a primeira relação sexual quando tinham entre 20 e 29 anos e de terem utilizado algum método que não a camisinha masculina. Neste perfil também estão as mulheres com maior probabilidade de serem esterilizadas ou de terem parceiros vasectomizados e de não estarem utilizando nenhum método contraceptivo. As mulheres que integram este perfil também são as que apresentam probabilidade mais elevada de terem um parceiro estável e de terem uma média de 5 a 12 relações sexuais por mês. Em termos de vulnerabilidade, as mulheres que integram o perfil 4 têm maior probabilidade de acreditarem que possuem algum risco de contraírem HIV, de não terem informado se realizaram teste para HIV. Por fim, a probabilidade de terem tido IST ou sintoma e de ter tratado é mais elevada para as mulheres que integram este perfil.

Em suma, os resultados para Recife indicam que o perfil 1 é composto por mulheres com maior probabilidade de terem pouco poder de negociação com o parceiro e que, apesar de terem um único parceiro, são vulneráveis ao risco de infecção ao HIV/AIDS porque têm maior probabilidade de não usarem preservativo, já que são esterilizadas. As mulheres do perfil 2 são aquelas que, embora tenham maior poder de negociação, têm maior probabilidade de terem práticas sexuais de maior risco, tais como alta frequência sexual e relato de alguma IST ou sintoma neste período. O perfil 3 reúne mulheres com maior probabilidade de terem alto poder de negociação com os parceiros e, ao mesmo tempo, parece agregar dois tipos de mulheres distintas no que diz respeito à vulnerabilidade ao HIV/AIDS: as não vulneráveis – que não tiveram parceiro nos 12 meses anteriores e, portanto, não tiveram relações sexuais no mês anterior à pesquisa -- e aquelas muito vulneráveis, que tiveram dois ou mais parceiros sexuais no ano anterior, sendo estes parceiros ocasionais. O perfil 4 pode ser resumido como sendo composto por mulheres com maior poder na negociação sexual mas, ao mesmo tempo, vulneráveis ao HIV/AIDS exatamente por terem parceiro estável, por serem esterilizadas e não utilizarem preservativo em suas relações.

Resultados qualitativos

Os resultados obtidos a partir das entrevistas em profundidade, realizadas com 80 mulheres entre 18 e 59 anos, brancas e negras (pretas e pardas), não virgens, residentes nos municípios de Belo Horizonte (MG) e Recife (PE), revelam que o enfrentamento à epidemia do HIV/AIDS exige esforços concentrados em diferentes dimensões que permeiam a vida cotidiana dos indivíduos, os quais implicam em maior ou menor vulnerabilidade ao

vírus e ao adoecimento. Neste estudo, a perspectiva das mulheres é o centro da análise e seus relatos apontam algumas dimensões fundamentais a serem trabalhadas. O fato de se incluir somente a perspectiva feminina não quer dizer que o ponto de vista masculino não é relevante. Pelo contrário, ele está implícito nas diferentes histórias contadas pelas entrevistadas, as quais trazem à tona como as normas culturais presentes na socialização das mulheres para a vida sexual podem colocá-las em situações de vulnerabilidade.

Ao analisar os resultados dos quatro perfis de mulheres entrevistadas, é possível verificar que as barreiras para a prevenção ao HIV/AIDS são muito similares. As variações que emergem dos diferentes perfis são muito tênues e reforçam a idéia de que as relações de gênero, o nível de informação sobre HIV/AIDS, as mudanças de atitudes na prática sexual, além de outros aspectos, são elementos fundamentais na conformação dos resultados encontrados.

A análise que segue traz parcelas das histórias de vida pelas mulheres que foram entrevistadas. Embora sejam histórias ricas e detalhadas, elas nos permitem escrever apenas uma parte da biografia destas mulheres, pois são de uma complexidade infinita e permitem inúmeras reflexões. Aqui, nós vamos nos concentrar naquelas que achamos serem mais significativas para pensarmos em estratégias de prevenção ao HIV/aids. Foram enfatizadas as relações de gênero.

Na sociedade brasileira, relações de gênero desiguais permeiam diferentes dimensões da vida cotidiana dos indivíduos. Nas relações afetivo-sexuais, por exemplo, a reprodução de comportamentos aprendidos e internalizados ao longo da vida, a instituição de gestos, modos, comportamentos e posturas *apropriadas* – e em geral distintas - para homens e mulheres expressam tais desigualdades. O atrelamento dos modos de agir a regras diferenciadas faz com que, freqüentemente, as mulheres assumam comportamentos que perpetuam ou ampliam, além de outras coisas, sua vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis (DST's), incluindo aí o HIV/AIDS. Isto acontece porque, ao procurarem seguir as regras que ditam o que é certo e o que é errado para homens e mulheres, muitas relegam ao segundo plano suas necessidades, anseios e potencialidades.

Barbosa e Villela (1996) ressaltam que *“a sexualidade feminina, ao ser construída no sistema de sexo/gênero como impura e passiva, só pode ser exercida livremente com a sanção do amor e a partir do desejo do outro”*. Um dos resultados deste tipo de relação, de acordo com as autoras, é a dificuldade de incorporação da idéia de prevenção, *“pois o verbo amar, ao ser conjugado no feminino, adquire um forte sentido de abnegação, de negação de*

si mesma em função do outro, e a prevenção implica interpor um objeto ou uma racionalidade ao desejo...”.

Durante o trabalho qualitativo, ficou evidente que os comportamentos que se estabelecem na seara afetivo-sexual são fundamentados quase sempre em relações de gênero desiguais e, por esta razão, são um aspecto central para a minimização da vulnerabilidade feminina ao HIV/aids. Em conflito com padrões tradicionais, que determinam que as mulheres iniciem a vida sexual somente dentro do casamento e que tenham um único parceiro, por exemplo, a maioria das mulheres entrevistadas revela que suas vidas seguem trajetórias bastante distintas do esperado.

Apesar disto, as falas destas entrevistadas sugerem que muitas regulações socioculturais ainda permanecem difíceis de serem superadas e seguem impedindo a prática do sexo seguro, além de afetar a percepção de risco. Sugerem, ainda, que estas regulações, bem como os papéis de gênero esperados, variam de um grupo socioeconômico a outro.

Assim, os relatos que são apresentados a seguir mostram que trabalhar com o enfoque da prevenção ao HIV/aids significa lidar com um emaranhado de questões que vão muito além da falta de informação e responsabilidade (Paiva, 1999). Além de mais amplas, estas questões se entrecruzam com outras de ordem econômica, social e cultural, também capazes de afetar de formas distintas o comportamento individual das mulheres .

As falas de Carmem, uma mulher parda e de baixa escolaridade, de Belo Horizonte, e de Miraci e Norma, duas mulheres negras de Recife, também de baixa escolaridade, ilustram a forma como a vida sexual de muitas mulheres se inicia e como este início nem sempre está vinculado a um nível de informação tal que facilite a prevenção ou o diálogo e condescendência dos pais. A fala de Norma sugere que iniciar a vida sexual é “se perder”, reforçando a passividade e a inferioridade da sexualidade feminina, conforme sugerido por Barbosa e Vilella (1996).

ENTREVISTADORA: É? E quando que você teve sua primeira relação? Você lembra que idade que você tinha?

CARMEM: Dezoito.

ENTREVISTADORA: Dezoito? E como que foi? Você lembra como que foi, como aconteceu? Com quem que foi?

CARMEM: Eu morava em São Paulo. Eu conheci uma pessoa. A gente ficou um tempo assim, depois que foi acontecer da gente sair. Aí eu também saí a primeira vez com ele, saí a segunda. Aí na terceira vez ele já não quis mais sair comigo. Foi à época que eu engravidei da minha filha...

ENTREVISTADORA: Foi ele o primeiro, então?

CARMEM: É, foi. Aí eu falei assim: ah... eu não quero mais ficar com você não. Aí foi aí que eu engravidei. Aí eu corria dele porque eu não queria mais ficar com ele, eu tomei antipatia, porque aí eu fiquei sabendo que eu tava grávida. Aí eu falei: nosso Deus! Se eu soubesse que era assim eu não tinha ficado. Que na época eu nem tomava comprimido. Eu morava só com a minha irmã. A minha irmã não me explicava nada. Na época eu era sonsinha, não tava nem ligando pra nada sabe? Eu não imaginava que eu ia engravidar. Aí depois eu fiquei naquela, naquela angústia. Fui pra casa da minha mãe. Aí depois eu falei: não, agora eu vou passar a tomar remédio. Aí minha menina nasceu . Aí depois de muito tempo eu fiquei com outra pessoa. A gente ficou um ano. Aí depois...aí eu vim embora pra Belo Horizonte. Aí depois eu conheci o pai do meu outro filho. Aí a gente ficou um tempo juntos, depois que eu engravidei. Ai eu falei: nossa!

(Carmem, negra, P2, Belo Horizonte)

ENTREVISTADORA: Você engravidou da primeira vez?

MIRACI: Engravidei logo, não tinha experiência. Eu era muito bestalhona!

ENTREVISTADORA: Foi logo no começo então?

MIRACI: Na primeira vez.

ENTREVISTADORA: Como é que foi a primeira vez? Foi escondido? Onde?

MIRACI: Foi lá na casa da mãe dele.

ENTREVISTADORA: E não tinha ninguém lá?

MIRACI: Tinha não.

ENTREVISTADORA: Foi na hora que você queria?

MIRACI: Foi. Eu queria e ele também queria.

ENTREVISTADORA: Foi bom pra você?

MIRACI: Eu achei bom!

[...]

ENTREVISTADORA: Cê só foi morar com ele depois que engravidou? É isso?

MIRACI: Foi. Aí depois que fui morar com ele. Aí ele começou a trabalhar, depois pegou e não deu mais certo.

ENTREVISTADORA: Aí cê voltou pra casa?

MIRACI: Aí voltei pra casa.

ENTREVISTADORA: Mas depois da primeira filha?

MIRACI: Depois da primeira. Aí ele veio me buscar de novo, aí eu fui, e peguei já a segunda (gravidez) de novo.

(Miraci, negra, P3, Recife)

ENTREVISTADORA: Mas pra você então foi bom? Como é que foi? Foi você quem tomou iniciativa ou foi ele?

NORMA: Ele. Ele pedia direto assim! Por eu ser nova demais e não ter aquela cabeça, assim, ele dizia assim é, “uma mulher que já disse que gosta de um homem tem que demonstrar. Se ela gosta não é nada demais ela se entregar ao homem”. Aí eu ficava com medo, porque a maioria das minhas colegas, quando se perdia, tudo ficou grávida, então eu tinha medo, porque se minha mãe descobria meu pai me botava na rua. “Não! Se você ficar grávida eu sou muito homem pra lhe assumir!”. Mas graças a Deus eu me perdi com ele mas Deus não deixou isso acontecer. Porque fiquei com ele, me perdi com 13 anos, fui morar com o pai dos meus filho com 16, fui ter a minha primeira filha com 18 anos.

ENTREVISTADORA: E você tomou algum cuidado pra não engravidar na sua primeira vez?

NORMA: Eu não tinha experiência de nada. Eu só dizia a ele: eu fico com medo. Aí ele: não é assim não!.E como ele tinha experiência, já que não é assim. Mas depois dava na minha cabeça assim, não é todo homem que vale a pena agente ir pra cama com ele não.

(Norma, negra, P3, Recife)

As histórias destas três entrevistadas, apresentadas parcialmente e de maneira bastante breve nestes extratos de falas, remontam à história de várias outras entrevistadas. A virgindade, por muito tempo um atributo extremamente valorizado pela sociedade, não é tida mais como sendo tão importante. O sexo não é mais vinculado ao casamento e pode ser experimentado por mulheres não casadas.

Contudo, se, por um lado os exemplos de mudanças nas normas e comportamentos afetivo-sexuais que permeiam as falas de Carmem, Miraci e Norma expressam pontos positivos, por outro, eles revelam o quão expostas as mulheres ainda se encontram aos resultados não esperados, não planejados e, até mesmo, não desejados advindos destas mudanças, dado que as mesmas não foram acompanhadas por transformações na valorização à saúde e na adoção de práticas de prevenção.

Em geral, as falas de mulheres com baixa escolaridade, tanto das mais jovens quanto de algumas mais velhas, revelam que estas perderam a virgindade precocemente, ainda na adolescência, sem terem utilizado métodos contraceptivos na primeira relação sexual, e engravidaram do parceiro, mas não permaneceram com ele. As histórias mostram que, quando iniciaram a vida sexual, não tinham acesso à informação sobre contracepção ou sobre os possíveis resultados de uma relação sexual. Falar sobre questões ligadas à sexualidade parecia ser algo difícil e fazia com que se sentissem “*sonsinhas*”, “*bestalhonas*”, ou seja, incapazes de antever as conseqüências que poderiam advir de suas ações.

A gravidez, em alguns casos, é “resolvida” através de aborto, como é o caso de Adália, negra com 6 anos de estudo, moradora de Belo Horizonte.

ENTREVISTADORA: (...). E como que foi essa primeira vez, cê tava tomando comprimido? Usaram camisinha?
ADALIA: Nada.
ENTREVISTADORA: Nada, nada? E aí depois disso, como que focou o namoro?
ADALIA: Continuamos sem nada. Na hora que ele ia sentir que ia ejacular ele tirava. Nunca deu certo.
ENTREVISTADORA: Por quê?
ADALIA: Porque eu engravidei. (risos).
ENTREVISTADORA: Depois de quanto tempo dessa primeira transa que cê engravidou?
ADALIA: Tipo assim, eu engravidei duas vezes e abortei.
ENTREVISTADORA: Você mesma procurou o aborto?
ADALIA: Eu mesma procurei.
ENTREVISTADORA: Como que foi essa história? O que você fez?
ADALIA: Eu tomei um remédio, um comprimido.
ENTREVISTADORA: Quem te deu o remédio?
ADALIA: Ele. Ele perguntou se eu queria tomar e eu falei que queria.
ENTREVISTADORA: Quantos anos cê tinha nessa primeira gravidez?
ADALIA: Dezesesseis anos. E a outra logo após, tipo assim, não deu muito tempo não.
ENTREVISTADORA: Mais ou menos quanto tempo?
ADALIA: Não deu nem um ano.

(Adália, negra, P1, Belo Horizonte)

Para as mulheres mais velhas, ser “*sonsinha*” fazia parte do *script* feminino. O homem é quem deveria “saber das coisas”. Mulheres que sabiam demais – ou pelo menos um pouco mais do que o esperado – não eram vistas com bons olhos pelos homens. No caso das mulheres mais jovens, em especial aquelas do perfil 3 de Recife, composto por mulheres negras e de baixa escolaridade, existe uma forte indicação de que sexo e sexualidade seguem sendo temas repletos de tabus e ressalvas, apesar dos avanços em termos da difusão de informações relacionadas à saúde e vida sexual e reprodutiva, e também da maior liberdade com que o tema sexo é abordado atualmente, vis-à-vis o que acontecia há algumas décadas atrás. Ou seja, há uma forte indicação da permanência, para as mais jovens, de alguns papéis de gênero mais tradicionais, revelados pelas falas de entrevistadas mais velhas. No que concerne às mulheres de alta escolaridade, podemos perceber algumas diferenças. Nota-se que quando tiveram a sua primeira relação, estas mulheres, em sua maioria, tinham conhecimento sobre sexo, dst’s e gravidez. Apesar do conhecimento, destaca-se que, em muitos casos, não foi feito uso da camisinha ou de qualquer outro método contraceptivo. As mulheres de alta escolaridade também se mostraram mais à vontade para conversar com outras pessoas sobre estes assuntos, apesar de terem, em sua maioria, recebido informações sobre questões atinentes ao sexo e à sexualidade em outros locais que não em casa, uma vez que este tipo de orientação por parte dos pais não parece ser a regra para o grupo entrevistado.

A fala de outra entrevistada, recorrente em várias entrevistas, também remete a uma reflexão sobre o significado atribuído a alguns comportamentos em virtude do sistema de relações de gênero vigente em nossa sociedade. Embora o relato de Claudete, uma mulher

negra, de baixa escolaridade, residente em Belo Horizonte, revele que ela tenha desviado do estereótipo esperado dentro de um sistema tradicional, ou seja, que a mulher tenha, preferencialmente, um único parceiro sexual em sua vida, ela mesma assume que mulheres com mais parceiros são tidas como “vulgares”. Em comparação, os homens com mais parceiras não são qualificados da mesma maneira, pois, na percepção dela, e de algumas outras entrevistadas, o gosto pelas aventuras com várias mulheres é uma característica masculina.

CLAUDETE: É...Eu falei pra senhora que eu tive só três companheiros. Deu pra senhora perceber que eu não tenho uma vida vulgar.
ENTREVISTADORA: Quanto você acha que é ter muito companheiro ou pouco companheiro?
CLAUDETE: Passou de dez companheiros já é uma mulher vulgar.
(Claudete, parda, P2, Belo Horizonte)

O ponto de vista de Magnólia, uma entrevistada de Recife, com mais de 8 anos de estudo, é similar ao de Claudete. Para ela, a imagem da mulher pode ser prejudicada caso ela tenha mais parceiros e isto acontece, particularmente, porque os relacionamentos atuais permitem experiências sexuais.

ENTREVISTADORA: O que cê acha que é ter muito namorados hoje assim?
MAGNÓLIA: É porque hoje em dia, as pessoas, os relacionamentos, assim, são mais profundos que antigamente. Hoje em dia, o namoro é como se fosse, praticamente, um relacionamento sério, de marido e mulher. Então, quando cê tem muitos parceiros, eu acho que não fica muito legal. Até pra própria imagem da pessoa.
(Magnólia, parda, P2, Recife)

As falas de grande parte das mulheres sugerem que, para elas, é natural, por exemplo, que o homem inicie sua vida sexual mais cedo e que o sexo, em si, não tenha um vínculo com amor; que o homem tenha diferentes parceiras até se casar e que isto não seja motivo para que sua reputação seja questionada, pois seu repertório sexual deve ser maior do que o da mulher, já que cabe a ele ensinar à parceira como fazer sexo e ter prazer. Em algumas entrevistas também foi possível perceber que a traição masculina é vista como algo natural, que faz parte da trajetória de vida de uma grande parcela dos homens.

ENTREVISTADORA: Me fala uma coisa o que que é pior o homem que trai ou a mulher que trai?
NIARA: Pra mim é a mulher.
ENTREVISTADORA: Cê acha mais feio?
NIARA: É porque a mulher fica mais falada [**] é uma vagabunda é uma safada, a mulher que não presta
ENTREVISTADORA: E quando é o homem que trai?
NIARA: Ah ai não [**] fica tão sujo quanto à mulher.
ENTREVISTADORA: Entendi, hamham.
(Niara, branca, P3, Recife)

Além disso, muitos relatos deixam evidente que dificilmente cabe ao homem a responsabilidade de zelar pela proteção da saúde sexual da companheira, via uso de preservativo nas relações sexuais: esse é um papel que cabe à mulher! Barbosa e Villela (1996) lembram que todas estas questões são fundamentais porque implicam e estão implicadas com todo o processo de negociação sexual, na medida que colocam em uma única equação perdas e ganhos intermediados por diferentes valores e significados atribuídos à sexualidade.

É interessante perceber, no entanto, que mesmo achando natural que o homem inicie sua vida sexual mais cedo e que da mulher a responsabilidade de zelar pelo bem-estar dela, muitas entrevistadas indicam que a mulher apresenta maiores chances de contrair alguma doença.

ENTREVISTADORA: Quem que você acha que tem maior risco de infecção? Homens ou mulheres?
HORTÊNCIA: Eu acho que a mulher é mais fácil né?
ENTREVISTADORA: As mulheres você acha que é mais fácil. Porque que é mais fácil?
HORTÊNCIA: Mulher é mais complicada, mulher tem que ter o preventivo da ... da coisa, se cuidar mais. A mulher tem mais lubrificação, acho que ... mulher é mais fácil do que homem. Homem é ... homem tirô dali, abriu, fez xixi pronto acabô. Acho que a mulher tá mais vulnerável a pegar a infecção.
(Hortência, branca, P4, Belo Horizonte)

ENTREVISTADORA: E se você fosse homem?
GLAURA: Se eu fosse homem eu acho que ia ser mais fácil pra mim porque eu ia ter mais facilidade. Eu acho que o homem tem muito mais facilidade de ter uma boa saúde, depende muito dele e a mulher não depende só dela pra ela ter uma saúde boa. E o homem não, o homem é exclusivamente dele porque ele encapa lá, sabe?
(Glaura, branca, P4, Belo Horizonte)

Na negociação do uso de contraceptivos, há casos de mulheres que decidem junto com o parceiro. Um exemplo é Brenda, negra, baixa escolaridade, de Belo Horizonte. Decisões mais permanentes, como é o caso da esterilização, nem sempre são compartilhadas, como foi o caso de Sofia, de Belo Horizonte.

ENTREVISTADORA: Quem que decide o método, por exemplo, de evitar gravidez. Você, ele ou os dois juntos?
BRENDA: Nós dois.
(Brenda, negra, P1 Belo Horizonte)

ENTREVISTADORA: Entrando agora em métodos para evitar a gravidez. Não ter filhos. Quem decide? No casamento de vocês, quem decide? Você, ele ou os dois?
SOFIA: Os dois. Mas pra ligar foi difícil. Ele não queria não.
(Sofia, P1, negra Belo Horizonte)

Parte importante desta negociação sexual, a preocupação com o uso da camisinha e, portanto, com a prevenção, ainda é uma prerrogativa feminina. A camisinha figura como o meio mais eficaz para prevenção da transmissão sexual do HIV/AIDS e também de outras DST's. Até meados da década de 50 do século passado, seu uso esteve muito mais associado a este fim do que à sua propriedade contraceptiva, sobretudo na ausência de tratamentos eficientes contra as então chamadas doenças venéreas. Com a invenção e comercialização da penicilina, na primeira metade do século XX, e da pílula anticoncepcional, na década de 60, a camisinha acabou por cair em desuso, durante algumas décadas.

A identificação dos primeiros casos de HIV/AIDS, no início da década de 80, gerou a necessidade de se trazer para o debate questões tidas como de âmbito privado, como a sexualidade e as práticas sexuais, e determinou mudanças sem precedentes nestes dois âmbitos. No esteio destas mudanças, a questão da proteção nas relações sexuais tornou-se central, trazendo à tona novamente a necessidade do uso da camisinha, o único meio capaz de minimizar o efeito da exposição a fatores de risco. Neste contexto, a comercialização da camisinha voltou a ocorrer em grande escala. Diversificaram-se, ao longo dos anos, os tamanhos, espessuras e cores disponíveis no mercado, com o intuito de torná-la mais atrativa aos usuários-consumidores. Complementando esta variedade de opções, em 1997 também passou a ser comercializada a camisinha feminina, amplamente aclamada como alternativa que aumentaria as chances de uso de alguma proteção durante as relações sexuais, na medida em que garantiria maior autonomia às mulheres na decisão de uso.

Desde 1987, várias campanhas vêm sendo veiculadas pela televisão brasileira com o intuito de fomentar o uso da camisinha em todas as relações sexuais (Marinho, 2000). No entanto, prevalecem ainda vários fatores de ordem objetiva, material, e também de ordem subjetiva ou social, que dificultam a efetividade deste uso. Dentre estes fatores, alguns merecem ser destacados: a dificuldade de acesso em virtude do custo da camisinha e dos obstáculos para consegui-la no sistema público de saúde devido à sua falta ou à burocracia e pouca privacidade envolvidas no processo; a idéia, bastante internalizada, da

preocupação com a contracepção – que, neste caso, é também ‘a’ proteção - enquanto uma prerrogativa feminina; a interrupção do uso da camisinha quando do emprego de outros métodos contraceptivos ou quando cessa o risco de uma gravidez não planejada ou não desejada; sua associação com práticas libertinas e com a prostituição e a interrupção do uso quando as relações afetivo-sexuais se tornam estáveis (Marinho, 2000; Guimarães, 1994; Bastos et al., 1994; Villela, 200?; Mann et al., 1992).

No decorrer das entrevistas com as mulheres, vários dos fatores supracitados pareceram vir à baila no processo que leva à efetivação ou não do uso da camisinha como proteção contra o HIV/aids nas relações sexuais.

Primeiramente, chama a atenção o fato de que, em ambos os municípios, a camisinha feminina parece não fazer parte do *mix* contraceptivo das entrevistadas, nem mesmo enquanto uma possibilidade. Nenhuma das entrevistadas declarou já tê-la experimentado e algumas sequer viram uma. Para muitas das entrevistadas que já viram uma camisinha feminina, questões estéticas – “é feia”, “é estranha”, “parece uma sacola” – foram bastante referenciadas, em muitos casos servindo como justificativa para seu não uso.

ENTREVISTADORA: Você já usou camisinha feminina?

NANCI: Não. Nunca usei.

ENTREVISTADORA: Já viu?

NANCI: Já vi como é que é, eu achei muito feia.

ENTREVISTADORA: Ahm.

NANCI: Parece uma sacola.

ENTREVISTADORA: Ahmmm. Rsrsssssss

NANCI: É feia.

(Nanci, negra, P3, Recife)

DAGMAR: É! Eu acho que a mulher fica toda invadida, eu acho que a camisinha feminina invade demais a mulher. Usar camisinha, diafragma é uma coisa muito íntima dentro de você. E a camisinha é uma coisa que ta externa, que depois que ela vai te invadir.

(Dagmar, negra, P2, Belo Horizonte)

Além de reiterar idéias que já foram demonstradas em estudos anteriores, os achados apresentados acima colocam em xeque o papel da camisinha feminina enquanto alternativa que, na prática, promova o empoderamento da mulher dentro do processo de negociação e proteção. Se as mulheres não costumam utilizá-la independente da opinião do parceiro, se a camisinha feminina não faz parte do cotidiano e seu uso, conforme sugerem as falas de algumas entrevistadas, não é estimulado pelos profissionais da área de saúde, as pretensas vantagens de sua adoção simplesmente não se efetivam. A fala a seguir ilustra esta questão.

ENTREVISTADORA: Quando a gente fala da camisinha a gente normalmente lembra dessa redondinha né, que é a do homem. E a da mulher, a Sra. já viu?
VIRGÍNIA: Ô menina, a da mulher eu já até quis comprar porque eu acho ela bem mais adequada. Cê já coloca e já sai de casa com ela. Mais eu nunca vi e nunca usei.
ENTREVISTADORA: A Sra. nunca viu e nunca pegou não?
VIRGÍNIA: Nunca vi, nunca peguei. Já vi assim, em televisão, mais assim, igual eles distribuem no posto, tinha que distribuir a outra também né.
(Virgínia, branca, P2, Belo Horizonte)

No tocante à camisinha masculina, as falas das entrevistadas demonstram que esta sim faz parte do *mix* contraceptivo deste grupo, pelo menos no nível das possibilidades. Em termos do uso efetivo, no entanto, não há unanimidade. A maioria das entrevistadas, sobretudo aquelas do Recife, declara não fazer uso efetivo da camisinha. No caso das mulheres em relação afetivo-sexual estável, ela é, no máximo, utilizada como contraceptivo. Há casos de mulheres que nunca usaram camisinha. A fala de duas entrevistadas elucidam este ponto.

ENTREVISTADORA: Quando a Sra. era casada, pra negociar né, pra ver qual tipo de método pra evitar gravidez e usar quem que decidia era a Sra., era ele ou era os dois juntos?
DORALICE: No princípio foi nós dois juntos né, eu parti pra tomar o medicamento né, a pílula. Aí depois que eu comecei a sentir mal eu peguei e parei. Falei com ele: “Não, a gente vai um tempo, vai evitar e fazer de camisinha agora”. Aí ele não questionou anda comigo não, usou a camisinha. Toda vez que ia ter ele usava, não questionava nada.
(Doralice, branca, P2, Belo Horizonte)

MARTA: Da camiseta, nunca usei não.
(Marta, negra, P1, Recife)

Na perspectiva das mulheres que usam a camisinha, e também de algumas que não a usam, é bastante freqüente o argumento de que o ato de ter que interromper as preliminares para pegá-la e colocá-la ‘quebra o clima’, interferindo negativamente na transa.

ENEIDA: É, eu tenho menos medo de pegar AIDS, eu sô menos neurada em relação a isso, mais eu continuo defendendo a camisinha, (batidos) eu por mim, eu usaria camisinha todas as vezes inclusive com meu namorado, (batidos) sabe, eu assim, sô super a favor da camisinha.

ENTREVISTADORA: Umhum! E por quê que você não usa?

ENEIDA: Por, por causa disso! Às vez tá lá, tá no tesão e não consegue, e é mentira esse negócio de falá que num corta tesão. É mentira assim, ce acostuma com isso, mais corta sim, corta sim!

ENTREVISTADORA: Umhum! Corta o barato?

ENEIDA: Corta! Corta o barato imediato! Ce segura até a pessoa pegá e colocá e tal, mais corta! Corta o tesão!

ENTREVISTADORA: Umhum!

ENEIDA: Como que, por exemplo, como que transa no mar! Numa praia deserta maravilhosa com camisinha sabe? Tá andando com seu namorado, vai fazê uma caminhada e deu tesão, cê tá no meio do mato sem nada! Aí ce fala, não num vamo transá no paraíso aqui não porque num tem camisinha? É triste! Eu fico puta com essas doenças na verdade! (risos)

(Eneida, branca, P3, Belo Horizonte)

No caso das entrevistadas que assumem categoricamente não gostar e nem utilizar a camisinha, essa opinião parece estar fundamentada muito mais na falta de prática do sexo protegido e no fato delas verem o risco de infecção pelo HIV ou outras DST's como algo muito distante, do que na experiência sistemática de utilizá-la. Interessante comentar que essa posição taxativa em relação ao não uso da camisinha está presente, quase que em sua totalidade, entre mulheres que desde o começo da vida sexual não adotaram a camisinha de forma efetiva, sugerindo a importância da iniciação sexual e da discussão do uso da camisinha desde antes deste momento, como formas de atribuir um significado à sua adoção ao longo da vida sexual. O extrato da fala a seguir ilustra estes pontos.

ENTREVISTADORA: E pensando na camisinha normal, masculina, que você já usou, né? Em que momento da relação, ali da transa, que a camisinha entra?
LAÍS: Eu não gosto de camisinha de jeito nenhum.
ENTREVISTADORA: Não gosta?
LAÍS: Não gosto. Pra mim ela não entraria de jeito nenhum.
ENTREVISTADORA: É mesmo? E o seu companheiro, seu marido?
LAÍS: Ele também pensa do mesmo jeito. A gente só usa na necessidade mesmo.
ENTREVISTADORA: Junta a fome com a vontade de comer?
LAÍS: A fome com a vontade de comer.
ENTREVISTADORA: Entendi.
LAÍS: A gente só usa na questão de evitar filho mesmo ou da nojeira, assim
ENTREVISTADORA: Então é só em último caso?
LAÍS: Só em último caso. Nem eu, nem ele gosta.
ENTREVISTADORA: Por que que você não gosta? Tem alguma coisa nela que te incomoda?
LAÍS: Eu acho que é o plástico que esquenta. Ele também diz que não é do mesmo jeito. Não sente o mesmo tesão, não. Com, camisinha, não.
ENTREVISTADORA: E você sente diferente também?
LAÍS: Sinto diferente também.
ENTREVISTADORA: Então, por você, também não usaria.
LAÍS: Não usaria.

(Laís, branca, P2, Recife)

No entanto, apesar de muitas afirmarem não gostar de usar camisinha, há relatos de infecções adquiridas por falta de uso. Segundo Valéria, de Recife, faltou coragem para pedir ao parceiro (eventual) que usasse o preservativo.

VALÉRIA: Alguma coisa que eu fiz e que eu já me arrependi? Já! Eu tive relação com um rapaz uma vez, que eu conheci na boite e essa vez eu não me cuidei. Então, eu peguei uma doença sexualmente transmissível com ele. Nesse dia eu não tive coragem de por a camisinha, que era pra mim colocar e eu não tive coragem de colocar. Eu tive relação com ele sem camisinha, peguei uma doença sexualmente transmissível, precisei me tratar, fiquei muito mal mesmo, mas já curou.
ENTREVISTADORA: O que foi que você teve?
VALÉRIA: Foi como fungos, entendeu? Eu não sei bem o nome da doença, mas é tipo fungo.

(Valéria, negra P1, Recife)

Algumas entrevistadas declaram não confiar plenamente na camisinha, alegando que esta pode estourar ou “se soltar lá dentro”. Além disso, é unânime em todas as entrevistas: a camisinha não é adotada para a prática do sexo oral, mesmo pelas mulheres que citaram este tipo de sexo como uma das fontes de infecção pelo HIV. Estes achados chamam a atenção para outro ponto, qual seja, a necessidade não só de disponibilizar a camisinha, mas também de capacitar as pessoas para seu uso correto e de conscientizá-las sobre a importância deste fato, dois pontos essenciais para a mudança de atitudes e comportamentos, em termos de prevenção. Esta é uma questão central, tendo em vista que

a eficácia da camisinha depende, sobretudo, de seu uso correto, que envolve o momento de colocar, de manusear e de retirar. Uso esse que nem sempre é abordado da maneira satisfatória, considerando os diferentes níveis de compreensão dos indivíduos. As falas de Tâmara, uma mulher branca, de alta escolaridade e residente em Recife, de Norma, negra, de baixa escolaridade e também do Recife, e Brenda, negra, de baixa escolaridade e de Belo Horizonte, refletem bem a falta de confiança na camisinha.

ENTREVISTADORA: Você não confia na camisinha, como assim?
TÂMARA: Por que ela sai. Porque você [**] no seu normal, eu vejo que na, na... relação ela vai querer sair e quanto nas pessoas é... que bebeu, os dois, eu num acredito que funcione bem ali não. Eu acho que é uma coisa que deveria puxar e amarrar até aqui (risos). Prá segurar bem, prá não sair, porque eu num acredito que [**]. Eu num sei qual é a parte da penetração que se tiver AIDS, atinge a você, eu num sei.
(Tâmara, branca, P4, Recife)

ENTREVISTADORA: E você se preocupa em não pegar alguma doença?
NORMA: eu morro de medo.
ENTREVISTADORA: É? E que tipo de doença?
NORMA: Somente o HIV e eu gosto de ta bem recuada, é melhor as vezes ta na vontade de fazer um sexo ali e ficar com a pessoa do que fazer e depois se prejudicar. Porque pra mim só com preservativo ta se arriscando.
ENTREVISTADORA: É? Você acha que até com camisinha ta se arriscando?
NORMA: uma vez eu fui transar com um homem, meu ex marido, a camisinha ficou foi dentro. Se eu fosse transar com um que fosse um soropositivo e a camisinha ficasse, eu não ia me arriscar a pegar essa doença? Eu dei por sorte até nisso, porquê as vezes ele assim: é [fulana] ta com outro é melhor que ta aqui comigo, não, é melhor eu ficar sozinha porque agente pelo menos sabe que ta se guardando porque ficar pegando qualquer tipo de homem e depois sair prejudicada.
(Norma, negra, P3, Recife)

BRENDA: Ah, eu não acho isso certo não por que... Eu acho que isso é uma coisa muito relativa né, isso é uma coisa muito séria. A pessoa pra ir tem que conhecer a pessoa direito, saber qual a intenção dela mesmo. Porque, vamos supor, cê conhece o cara hoje, aí cê vai e tem relação com ele, aí vai que esqueceu de tomar um remédio ou vai confiando na camisinha. E se a camisinha estoura na hora ou então o remédio que cê tomou não valeu e tudo? Às vezes a pessoa não tá tomando remédio certo cê vai e engravida? Já teve amiga minha que engravidou assim. Então a pessoa tem que pensar. Cê não pode pôr as mãos na frente do chapéu que a gente não alcança não porque é complicado.
(Brenda, negra, P1, Belo Horizonte)

No tocante ao momento de colocar a camisinha, as falas das entrevistadas sugerem que a maioria delas tem conhecimento de que sua eficácia está vinculada à colocação ainda durante as preliminares, ou seja, antes que haja a penetração. Isto a despeito do fato de que muitas entrevistadas dizem que, na prática, ou a camisinha não é utilizada em todas as transas, ou nem sempre é colocada antes do início da penetração. Tal fato vem reafirmar o

exposto no parágrafo anterior, no que concerne à importância da informação e da conscientização.

Foi quase unânime entre as entrevistadas a idéia de que é a mulher quem deve sugerir o uso da camisinha na hora da transa, pois os homens, invariavelmente, preferem ter relações sexuais sem a mesma, a qual, dizem, interfere em seu prazer.

ENTREVISTADORA: É... quê que ce acha do ditado “transar com camisinha é como chupar bala com papel”?
ENEIDA: É (risos), eu acho engraçado porque isso é uma coisa que os homens sentem [*]. Homem odeia camisinha! Eu não conheço um homem que assim fala, não, tranqüilo! Homem odeia camisinha, por isso, que eles num fazem muita questão de camisinha.
ENTREVISTADORA: Umhum!
ENEIDA: Os poucos são porque são igual minhas amigas neuradas, por causa de doença e gravidez.
ENTREVISTADORA: Umhum!
ENEIDA: Mais assim, todos odeiam camisinha!
ENTREVISTADORA: Umhum!

(Eneida, branca, P3, Belo Horizonte)

Esse argumento parece ir ao encontro da idéia de que a preocupação com a prevenção – seja de gravidezes, seja de DST's – continua a ser uma prerrogativa feminina. Isto a despeito do amplo debate contemporâneo acerca do papel do homem dentro desse processo e da relevância da negociação entre o casal. Adicionalmente, como já colocado nas reflexões acerca das relações de gênero, usar a camisinha é visto por muitos parceiros como algo que não diz respeito a homem, ou seja, homem que é homem não usa camisinha, particularmente se é casado. A fala de duas entrevistadas de Belo Horizonte, apresentadas a seguir, ilustram estas questões.

ENTREVISTADORA: E você nessa época não usava camisinha?
CLAUDETE: Não.
ENTREVISTADORA: Quando você era casada?
CLAUDETE: Não. Nunca usei.
ENTREVISTADORA: Alguma vez você tentou usar camisinha?
CLAUDETE: Não, porque ele não queria. Ele não gostava.
ENTREVISTADORA: O que que ele dizia ?
CLAUDETE: Ele falava que não queria, que isso era besteira. Que não era pra homem não.
ENTREVISTADORA: Que não era para homem?
CLAUDETE: Não.
ENTREVISTADORA: Porque que ele achava isso?
CLAUDETE: Ah...que não precisava, que era palhaçada, que era casado, que não queria, que não sei o que. Ficava com raiva, xingava, que ele trabalhava, não tinha mulher. Entendeu? Se não dava certo alguma coisa, ele achava ruim e saía. Saía e chegava três, quatro da manhã com raiva.

(Claudete, negra, P2, Belo Horizonte)

BETÂNIA: É. Porque tem muito homem machista. Qualquer coisa, se a mulher chegar e pedir pra usar camisinha ele: “Ah, porque cê ta querendo? – Nós nunca usamos porque cê ta querendo agora?”. Tem uma barreira aí.
ENTREVISTADORA: Então você acha que a decisão de usar a camisinha depende mais do homem que da mulher?
BETÂNIA: Depende mais de alguns homens. Ainda mais se for casado né, se for casado é mais complicado.
(Betânia, negra, P1, Belo Horizonte)

A exceção a esta regra é observada no perfil 4 de Belo Horizonte e, também, no de Recife. Neste perfil, em ambas as localidades, as mulheres de alta escolaridade e, em sua maioria, brancas, acreditam que a negociação da camisinha deve partir do casal.

ENTREVISTADORA: Hum hum e vem cá, é... quem você acha que tem que é... tomar a iniciativa de usar a camisinha?
ÚRSULA: Ah, tanto o homem quanto a mulher, os dois.
ENTREVISTADORA: Tanto o homem como a mulher?
ÚRSULA: É.
ENTREVISTADORA: Quem tem que carregar a camisinha?
ÚRSULA: Os dois, minha filha carregava.
(Úrsula, branca, P4, Recife)

Algumas falas indicam que, para várias entrevistadas, embora tanto o homem quanto a mulher possam sugerir o uso do preservativo, essa sugestão necessariamente gera desconfiança por parte do parceiro, na medida em que coloca em dúvida sua saúde e/ou sua fidelidade, esta última, tomada pela maioria das entrevistadas como garantia de proteção. Isso se mostra ainda mais legítimo no caso das entrevistadas mais velhas, particularmente daquelas casadas ou vivendo numa relação estável.

ENTREVISTADORA: Entendi. Você acha que essa história de usar camisinha é diferente pro homem? Por exemplo, se o homem pedir pra ter relação com camisinha, faz diferença?
EMÍLIA: Bom, eu acho que se ele pede é porque ele não confia nele né, ou ele não confia na pessoa que ele tá. Agora, assim, uma mulher (...).
ENTREVISTADORA: É sempre então por algum motivo que ele vai pedir pra usar camisinha?
EMÍLIA: É. Acho que ninguém pediria assim, por nada. Usar a camisinha é ruim, então acho que ninguém pediria por nada.
(Emília, negra, P3, Belo Horizonte)

Os dois pontos apresentados acima sugerem a permanência de papéis tradicionais de gênero, nos quais a imagem da mulher vem muito associada à reprodução, tomada enquanto acontecimento estritamente feminino, onde o homem tem uma participação meramente coadjuvante. No caso das diferenças observadas para as mulheres mais velhas, uma explicação possível seria a interferência do fato de que a iniciação sexual destas mulheres se deu, na maioria dos casos, anteriormente ao surgimento do HIV/AIDS e à volta do discurso pró-camisinha, num contexto onde a camisinha vinha ainda muito associada à

idéia de promiscuidade e prostituição. Isso tudo dificultaria, para estas entrevistadas, a absorção desta prática. Algumas entrevistas revelam também haver, um certo preconceito em torno daquelas mulheres que usam camisinha.

ENTREVISTADORA: A mulher pode pedir pra usar camisinha? Na hora do sexo? Ela pode sugerir?
NIARA: Pode e deve
ENTREVISTADORA: Mulher pode andar com camisinha na bolsa?
NIARA: Rapaz, eu tenho vergonha.
ENTREVISTADORA: É?
NIARA: Se agente abrir a bolsa sem querer cai à camisinha vão pensar o que ???
ENTREVISTADORA: Hamham, entendi, entendi quer dizer ta com a camisinha na bolsa e o homem vê (...)
NIARA: Vai pensar que eu quero ir logo pra cama [**] pra gente ir pra cama, aí que vai ficar tentando mesmo pra gente ir pra cama, aí pronto.
ENTREVISTADORA: E homem pensa isto mesmo?
NIARA: Eu acho que pensa, vê a mulher com camisinha acho que pensa isto, porque se você vê o homem de camisinha você vai pensa o que [**]
(Niara, negra, P3, Recife)

ENTREVISTADORA: E me diz uma coisa, se por acaso a mulher levar camisinha na bolsa, como é que fica essa história? Que que você acha disso?
LAVÍNIA: Acho que eles acham que é feio, né. Se elas levá fica feio. Vixe Maria, andando com camisinha? É isso que eles dizem, acha feio.
(Lavínia, negra, P2, Recife)

Seguindo alguns padrões tradicionais de pensamento e de comportamento, o conteúdo das entrevistas sugere fortemente que o tipo de vínculo mantido com o parceiro sexual é determinante na opção de adotar ou não o uso da camisinha. A maioria das entrevistadas assume que esse uso é perfeitamente dispensável dentro das relações afetivo-sexuais estáveis, onde, assume-se, já foi estabelecido um laço de amor e confiança que atua como proteção para os parceiros. Interessante notar que esta postura é assumida a despeito do fato de que, no nível do discurso, as entrevistadas admitam que a traição 'pode acontecer em qualquer lugar'. As falas das entrevistadas de Belo Horizonte evidenciam este ponto.

FLORA: [...] Ah, não sei! Não sei, por que eu penso assim: não acho errado fazer sem camisinha. Se ta namorando há um tempão, se confia, se a pessoa fez exame, alguma coisa. É lógico que o cara sempre pode ter outra mulher, mas aí tinha que fazer exame antes. Igual eu falava com meu namorado: "eu to confiando em você e transando sem camisinha, se você por acaso me trair e fizer com outra mulher e eu correr o risco de pegar alguma doença, nossa, vai ser muita sacanagem se você fizer isso!". Ele: "Não né meu bem, eu também preocupo em não pegar doença".
(Flora, negra, P3, Belo Horizonte)

ENTREVISTADORA: Unhum. E quando você transa com alguém que você conhece a mais tempo, tipo um namorado de mais tempo, como que fica a história da camisinha, precisa usar, não precisa, é, quando que para de usar a camisinha?

ROSANA: É, eu acho que tem que usar, né? Agora acho assim depois que cê casa, aí não, eu acho que antes docê casa, você tem que fazer exame, pra ver se ce tem alguma doença, se num tiver, a mulher toma remédio e aí pode ser sem, porque ce casou com a pessoa, entendeu?

ENTREVISTADORA: E o que o casamento significa? Que você pode...

ROSANA: Pra que você possa?

ENTREVISTADORA: Deixar sem...

ROSANA: Porque, é assim, é mais prazeroso, e cê deixar sem, porque vai ser melhor e se você casou com a pessoa é porque você confia nela! Porque cê quer ficar com ela pra sempre! Então ela não tem doença, ces já tão casados, se acontecer de ce ter filhos, já tão casados pelo menos né? Então, eu acho que, eu acho que praticamente todo mundo que é casado faz sexo.

(Rosana, negra, P3, Belo Horizonte)

O mesmo discurso pode ser observado na fala de uma das entrevistadas de Recife, a qual, mesmo sabendo que corre riscos, têm relações sexuais sem a camisinha porque confia no parceiro.

ENTREVISTADORA: Você falou que está usando pílula, né?

MAGNÓLIA: Humhum.

ENTREVISTADORA: E a camisinha? Vocês já usaram?

MAGNÓLIA: Já, mas só no começo.

ENTREVISTADORA: Aí depois vocês desistiram?

MAGNÓLIA: Foi.

ENTREVISTADORA: Por quê?

MAGNÓLIA: Porque é mais gostoso sem camisinha.

ENTREVISTADORA: Mas aí vocês conversaram? Como que foi?

MAGNÓLIA: Foi. A gente conversou e... Assim, foi mais ele que insistiu que ele não gosta muito. Eu relutei um pouco, mas depois eu cedi assim, porque eu confio nele e tal. Eu sei que eu corro o risco né, mas quando a gente gosta a gente acaba cedendo pra essas coisas.

(Magnólia, negra, P2, Recife)

Na prática, a maioria das entrevistadas em relações afetivo-sexuais estáveis que declara usar a camisinha diz fazê-lo para evitar gravidezes. No caso daquelas sem parceiro sexual fixo, a preocupação também com DST/AIDS se faz mais presente. Exceção feita para as entrevistadas pertencentes ao Perfil 3 do Recife, no qual a maioria, embora sem parceiro sexual fixo, declara ou nunca ter usado o preservativo, ou tê-lo usado algumas vezes e parado, sobretudo por não gostar. Interessante notar que este é o perfil constituído por mulheres que agregam maior número de características socioeconômicas que elevaria sua situação de vulnerabilidade ao HIV/AIDS. Segundo sugerem vários trabalhos anteriores - mulheres de baixa escolaridade, desempregadas ou sub-empregadas, que iniciaram sua vida sexual e também reprodutiva bastante jovens e que somente tiveram, na maioria dos casos, relações estáveis de curta duração – estão mais vulneráveis a infecção. As falas

destas mulheres sugerem que não só seu poder de negociação é baixo como também o é sua convicção em relação à necessidade do uso efetivo do preservativo em todas as relações sexuais. As exceções a este caso pareceram estar associadas com o acesso a informações mais efetivas com relação à prevenção, sugerindo que esta pode sim contribuir para a mudança de comportamento.

O mais interessante é que, mesmo não utilizando o preservativo ou utilizando-o de maneira não efetiva, as entrevistadas deste perfil, assim como as entrevistadas dos demais perfis nos dois municípios apresentam o discurso, bastante difundido pela mídia sob a forma de campanhas, de que o uso da camisinha é imprescindível em todas as relações sexuais, mesmo naquelas com o parceiro estável – marido, companheiro ou namorado. Discurso esse que não se sustenta ao longo da entrevista, dado que a maioria das entrevistadas, quando perguntada sobre o papel da camisinha neste tipo de relação, declara que pode se abrir mão da mesma, ou que é difícil negociar seu uso com alguém com quem se vive, conforme mencionado anteriormente. A fala a seguir, de uma mulher de alta escolaridade, residente em Recife, reflete muito bem esta idéia.

ENTREVISTADORA: E vem cá, é... no caso você acha que você disse que sua filha não usa mais com o namorado? URSÚLA: Olha, eu não sei. ENTREVISTADORA: Você acha que não. URSÚLA: Eu acho, eu acho que passado algum período [**]. ENTREVISTADORA: E você acha que é normal isso, que é tranquilo? Que deveria usar, como que é? URSÚLA: Veja bem, veja então eu acho que deveria. Dever, deveria, né?! Assim a rigor, a rigor eu deveria usar até com meu marido. (Ursúla, branca, P4, Recife)

O tipo de vínculo estabelecido parece interferir também na forma como se dá o diálogo entre os parceiros. Assim, se com o parceiro eventual o uso da camisinha pode ser negociado e, em algumas situações, imposto, com o parceiro estável, sobretudo com o marido ou companheiro, esse uso é no máximo conteúdo de conversas, de forma pouco sistemática e sem grande ênfase na questão da prevenção de DST/AIDS. Isto principalmente face ao fato de que, insistir no uso da camisinha seria o mesmo que colocar em dúvida a fidelidade e a monogamia dentro da relação, tomadas, na maioria dos casos, como pilares dos relacionamentos, como parte de um acordo tácito e geralmente não verbalizado dentro do casal.

Um contraponto aos argumentos anteriores pode ser encontrado entre muitas mulheres do perfil 2 de Belo Horizonte, as quais apresentam relatos interessantes em relação a negociação da camisinha. Este perfil reuniu mulheres viúvas e separadas que estão tendo novos relacionamentos. Em geral, elas se casaram com a pessoa com quem tiveram a primeira relação sexual ou tiveram a primeira relação sexual somente depois do

casamento. Dentro do primeiro casamento, estas mulheres não se sentiam livres para conversar sobre o uso da camisinha, pois os maridos determinavam o que podia e não podia acontecer. Por outro lado, nos relacionamentos que estão estabelecendo atualmente, uma parte destas mulheres se sente à vontade para pedir a camisinha e, até mesmo, para orientar o companheiro sobre como usar a camisinha sem que prazer na relação seja diminuído – um medo constante dos homens. Os relatos a seguir ilustram essa questão.

VIRGÍNIA: Com meu marido eu nem conseguia [pedir para usar camisinha]. Com esse namorado que eu tô conseguindo por na cabeça dele, assim, tirar a camisinha da cabeça dele, vê se ele esquece a camisinha. Então aí dá pra [*] legal, mais se a camisinha ficar na mente dele, muda completamente. Nó, broxa na hora! (risos). Então é falta de costume e falta da gente orientar né. Eu mesmo falo: “esquece que cê ta com camisinha!”. Eu falo mesmo, (risos).

(Virgínia, branca, P2, Belo Horizonte)

ENTREVISTADORA: Se eles dissessem pra você: olha, eu pago suas contas mas você transa comigo sem camisinha?

CLAUDETE: Não. Não, de jeito nenhum.

ENTREVISTADORA: Não? Mesmo que ele pagasse...

CLAUDETE: Mesmo que pagasse. Isso daí não tem negócio não.

ENTREVISTADORA: Não tem negócio? Por que que não tem negócio?

CLAUDETE: Porque eu quero segurança também, da minha saúde.

ENTREVISTADORA: Anham.

CLAUDETE: E eu quero uma pessoa do meu lado, que me trata bem, que gosta de mim, que me ama e que me dá segurança financeira.

(Claudete, negra, P2, Belo Horizonte)

Conforme a fala das entrevistadas, a sugestão do uso da camisinha, por parte da mulher, fica ainda mais complicada quando há o uso de algum outro método contraceptivo, o que tornaria explícita a preocupação com DST/AIDS e a aceitação da infidelidade – associada a comportamentos promíscuos, portanto inadequados socialmente – enquanto uma possibilidade dentro da relação. Novamente, esse fato é especialmente marcante dentro das relações estáveis. Os trechos abaixo exemplificam esta questão.

ENTREVISTADORA: E quando é uma transa com alguém que você conhece a mais tempo, por exemplo seu companheiro que você ta vivendo com ele. Como fica essa historia de camisinha?

NORMA: Não gosta. Feito meu ex-marido mesmo não gostava. Chegava assim agente vai botar camisinha pra que? Ta me achando com cara que ta com alguma doença é? E começava logo a (.) não queria não, porque a maioria dos homens se a mulher bota uma camisinha, ta achando o que? Que eu to com doença? Aí começa com aquela discussão. Eu digo pelo meu ex marido que toda vez era assim. Então tá bom, vai sem camisinha mesmo. Aí ia sem camisinha mesmo e botava fora. Esse negócio mesmo de botar fora, o primeiro liquido que sai já fica dentro. Então (..) prepara o dinheiro pra comprar os enxoval. É, porque acha melhor do que prevenir uma gravidez, acha melhor ta se preservativo porque vai que a camisinha vai prevenir tanta coisa, mas não quer.

.....
ENTREVISTADORA: Você confiava no seu ultimo parceiro?

NORMA: Eu nunca confiei em homem nenhum não. Eu ia assim por ir, né! Que eu confiava.

ENTREVISTADORA: E você acredita que ele poderia te passar alguma doença?

NORMA: Bom, mesmo assim ainda eu ia.

(Norma, negra, P3, Recife)

Enfim, talvez o que mais perpassasse as entrevistas seja a incoerência entre o discurso e a prática, ou seja, entre o que se sabe e o que se diz pensar ser o correto, de um lado, e o que se faz no dia-a-dia, de outro. A visão do HIV/aids como sendo uma doença que só atinge o outro e a crença na fidelidade do parceiro enquanto mecanismo de proteção contra a infecção são, provavelmente, os pontos que suscitaram mais descontinuidades. Exemplo disso é o fato de que, mesmo nos casos em que a entrevistada admite, enquanto possibilidade, a traição e a infecção pelo HIV quando mantém relações sexuais desprotegidas, essa aceitação pareceu se referir muito mais a outras mulheres, a outros relacionamentos, do que a ela própria. A fala de Francisca, uma entrevistada branca e de alta escolaridade, residente em Belo Horizonte, representa bem o distanciamento entre o discurso e a prática.

FRANCISCA: Não. Eu acho que tem que usar sempre. Eu não estou usando porque, por mais que previna doença... Eu to usando só o anticoncepcional, mas eu acho que tem que usar.
ENTREVISTADORA: Independente de qualquer situação?
FRANCISCA: Independente
[...]
FRANCISCA: Eu acho que tem que usar. Independente da pessoa tem que usar. Principalmente... Eu não sei. Eu fico preocupada com filho. Exatamente... Hoje como já tem muitos anos eu me preocupo muito mais com filho do que com doença. Agora eu não teria estrutura de criar um filho, então hoje se eu não tivesse com o meu noivo, com qualquer outra pessoa eu usaria camisinha.
ENTREVISTADORA: Então para você é mais importante evitar a gravidez...
FRANCISCA: Hoje sim. É a preocupação que eu tenho, mas se eu não tivesse com ele eu usaria muito mais por causa de doença.
(Francisca, negra, P3, Belo Horizonte)

Conclusões

A vulnerabilidade ao HIV/AIDS é um fenômeno de difícil compreensão. Geralmente atribui-se boa parte dessa dificuldade à natureza dos dados comumente utilizados pelos pesquisadores – dados quantitativos, que oferecem possibilidades limitadas de análise quando se analisam fenômenos tão complexos como a vulnerabilidade, que exige incursões em esferas mal cobertas pelo quantitativo, tais como as relações de gênero. No entanto, mesmo quando são utilizados dados qualitativos coletados “sob medida” para os objetivos deste projeto, as dificuldades na compreensão não desaparecem por completo. Soma-se a isso uma dificuldade adicional: tentar entender a vulnerabilidade à luz das relações raciais, complexas e controversas por si mesmas. Portanto, tentar compreender a vulnerabilidade ao HIV/AIDS de mulheres brancas e negras não é, definitivamente, uma tarefa simples.

A análise dos oito perfis de mulheres – quatro para Belo Horizonte e outros quatro para Recife – sugere que a vulnerabilidade ao HIV/AIDS é maior entre as mulheres de menor escolaridade (P1 e P2 em Belo Horizonte e P1 e P3 em Recife). São estas as que, no geral, possuem maior probabilidade de viver em situação conjugal instável, ter maior número de filhos, não possuir plano de saúde, ser menos empoderada, ser esterilizada e achar que a AIDS tem cura. No caso de Belo Horizonte, são estas também as que possuem maior probabilidade de ser negras.

A análise das entrevistas em profundidade, por sua vez, sugere que, no nível do discurso das mulheres entrevistadas, tanto faz ser branca ou negra quando o assunto é o risco de contrair o HIV/aids, pois, na fala delas, ambas têm o mesmo risco. Contudo, o fato de o discurso ser desprovido de matizes racistas não significa, *a priori*, que não pudesse haver alguma diferença entre brancas e negras em termos de comportamentos ou atitudes ligadas à questão da vulnerabilidade ao HIV/aids. Em outras palavras, mesmo que a pergunta direta sobre a questão racial não tenha apontado nenhuma diferença entre os dois

grupos, era possível que, comparando as entrevistas de brancas e negras, essa diferença aparecesse em termos de diferenças nos comportamentos, atitudes e percepções acerca dos temas analisados aqui – as relações de gênero, o uso da camisinha, o nível de informação sobre o HIV/aids e as mudanças no comportamento sexual, os efeitos de outras instâncias sobre a percepção e a prevenção, a auto-percepção de risco e o conhecimento sobre ISTs e aids.

No entanto, a análise cuidadosa e detalhada das 83 entrevistas indica que não há diferenças no comportamento de brancas e negras no que diz respeito a estas questões. As diferenças são percebidas quando se comparam os perfis de menos escolaridade (e maior vulnerabilidade) aos perfis de maior escolaridade (e menor vulnerabilidade), independentemente da raça/cor das entrevistadas.

Este aparente “não resultado” é, ao contrário do que parece, um achado importante. Retomando o arcabouço de Mann e seus colaboradores (1992), dos três eixos propostos pelos autores, nosso desenho de pesquisa destacou o do comportamento pessoal. No entanto, este eixo não pode ser entendido separadamente dos demais eixos, o programático e o do contexto social. Apesar do comportamento de negras e brancas ser semelhante no que diz respeito à vulnerabilidade ao HIV/aids, as entrevistas revelam a importância das palestras oferecidas nos postos de saúde, sobretudo para as mulheres de menor escolaridade, da mídia em geral, que vai desde a internet até as novelas e seus conteúdos propositalmente de cunho social, e da educação formal, sobretudo no caso das mais escolarizadas. Além do eixo programático, o contexto social também aparece como peça fundamental no entendimento da vulnerabilidade, pois é ele que reúne e dá conta das diferenças regionais, de escolaridade, renda e condições de vida. É exatamente neste eixo do contexto social que está a diferença entre negras e brancas, as quais, por experimentarem um contexto programático que oferece informações (ainda que muitas vezes incompletas) sobre HIV/aids, acabam por ter comportamentos semelhantes, ainda que vivam contextos sociais tão distintos.

Cabe destacar que o fato dos comportamentos individuais destes dois grupos de mulheres serem semelhantes não significa dizer que não haja discriminação, preconceito ou racismo. Por exemplo, brancas e negras que se agem da mesma maneira vis-à-vis o uso da camisinha não necessariamente têm acesso ao mesmo tipo de serviço de saúde, pois isso depende da posse ou não de plano de saúde e não do pertencimento a um grupo racial/de cor ou a outro. Muito menos isso quer dizer que essas mulheres são tratadas da mesma forma quando chegam a este serviço. Portanto, comportamentos individuais semelhantes não levam a comportamentos coletivos semelhantes.

Inúmeras lições puderam ser aprendidas ao longo do trabalho. Uma delas foi de que o caminho a ser trilhado para sensibilização do significado do HIV/aids na vida das pessoas

ainda é longo e deve ser percorrido com cuidado, pois a vulnerabilidade ao HIV/aids e ao adoecimento são frutos de um conjunto de fatores associados ao cenário social, cultural, político e econômico.

Outra lição importante foi a de que a abertura de espaços para diálogos sobre crenças, valores e atitudes que permeiam a vida das pessoas, particularmente a vida sexual, ainda é um obstáculo a ser superado. Adicionalmente, os resultados nos ensinam que todo investimento deve incorporar homens e mulheres, jovens e adultos, brancos e negros, analfabetos e escolarizados, casados e não casados, enfim, todos os grupos, de maneira a evitar que visões estigmatizadas e preconceituosas sejam reforçadas. Neste sentido, seria interessante educar sobre formas de transmissão e contágio menos usuais ou menos badaladas pela mídia e por campanhas.

Aprendemos, também, sobre a importância da mídia popular na prevenção do HIV/aids. Num país pobre² e com altas taxas de analfabetismo³, a televisão e o rádio têm um papel fundamental na difusão de informações, além de veicular normas e valores que, de certa forma, podem ser assimilados, ainda que as mensagens trazidas pela mídia não sejam decodificadas pelos espectadores de uma única forma, uma vez que a audiência é ativa e decodifica as mensagens de acordo com a sua própria história pessoal, dentro do contexto em que ela vive. Por isso, as mudanças mais significativas, que envolvem mudanças de comportamento, não ocorrem imediatamente após a veiculação. O que a mídia costuma mudar de imediato são hábitos de curto prazo – por exemplo, ligados à moda ou à linguagem, os quais são efêmeros e passageiros – enquanto comportamentos costumam ser mais permanentes e, portanto, exigem tempo para que as mudanças aconteçam. Assim, a mídia opera de forma muito lenta, ao estilo do provérbio “água mole em pedra dura tanto bate até que fura”. Algumas entrevistadas chamaram a atenção para o papel das novelas, que podem ser trabalhadas através de merchandising social.

Lição de fundamental importância, também aprendida ao longo deste trabalho, foi a de que é necessário pensar em estratégias que façam com que as pessoas se reconheçam nas informações sobre os cuidados e prevenção ao HIV/aids. Este reconhecimento pode favorecer a incorporação de atitudes preventivas na vida cotidiana e, conseqüentemente, levar a uma menor vulnerabilidade ao HIV/aids.

² Em 2003, cerca de 50% dos negros e 25% dos brancos viviam abaixo da linha de pobreza no Brasil (Miranda-Ribeiro e Oliveira, 2006).

³ Apesar da queda de quase 30% experimentada entre 1996 e 2006, ao final do período, 10,5% dos brasileiros acima de 15 anos ainda eram analfabetos. A comparação entre brancos e negros revela uma enorme desigualdade. Em 2006, a taxa de analfabetismo foi de 6,5 para os brancos e de 14%,1 para os pretos e 14,7% para os pardos (Síntese, 2007).

17. Bibliografia

- AYRES, J. R. de C. M.; FRANÇA JR., I.; CALAZANS, G. J.; SALETTI FILHO, H. C. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. IN: BARBOSA, R. M.; PARKER, R. (orgs.) *Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Ed. 34, 1999. p.49-72.
- 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, R. M.; VILLELA, W. V. A trajetória feminina da AIDS. In: PARKER, R.; GALVÃO .J. *Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil*. Série História Social da AIDS, n. 7, Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ABIA/IMS/UERJ, 1996. p.16-32.
- 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...
- BARBOSA, L.M. A dinâmica da epidemia de aids nas regiões Nordeste e Sudeste. Anais do XIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, Ouro Preto – Minas Gerais – Brasil, de 04 a 08 de Novembro de 2002.
- BASTOS, C.; GALVÃO, J.; PEDROSA, J. S.; PARKER, R. Introdução. IN: PARKER, R.; BASTOS, C.; GALVÃO, J.; PEDROSA, J. S. (org.). *A AIDS no Brasil (1982-1992)*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS, UERJ, 1994 (História Social da AIDS, nº2). P. 13-58.
- 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
- BASTOS, F. I. *A feminização da epidemia de AIDS no Brasil: determinantes estruturais e alternativas de enfrentamento*. Coleção ABIA, Saúde sexual e reprodutiva, nº.3, 2001. Rio de Janeiro: ABIA. 27 páginas.
- BAPTISTA, D. 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.
- BERQUÓ, E., SOUZA, M. R.; PINHO, M. D. G.; BUSSABE, W.; LOYOLA, M. A.; FERREIRA, M. P.; CORRÊA, M. - Pesquisa Nacional sobre Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/AIDS - Centro Brasileiro de Análise e Planejamento – CEBRAP Ministério da Saúde – SPS-CNDST/HIV/AIDS - Relatório Final de Pesquisa – Julho 1999 - <http://cendoc.nepo.unicamp.br/iah/textos/relatorios/AIDS.pdf> - acesso 28 de abril 2007.
- BORGES, R. S. Pensando a transversalidade de gênero e raça. IN: SANTOS, G.; SILVA, M. P. *Racismo no Brasil: percepções da discriminação e do preconceito no século XXI*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2005. p. 63-70.
- 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.

CALDAS, J. M. P.; GESSOLO, K. M. *AIDS depois dos 50: um novo desafio para as políticas de saúde pública*. 7º Congresso - Comunicação - Tema: Epidemiologia, Prevenção e Saúde Pública (Epidemiology, Prevention and Public Health) - Data: 2006-10-10 <http://www.AIDScongress.net/pdf/285.pdf>

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.

DENZIN, N. K. The reflexive interview and a performative social science. *Qualitative Research*, vol. 1: p. 23 – 46, April 2001.

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

DOWSETT, G. W. Algumas considerações sobre sexualidade e gênero no contexto da AIDS. *Questões de Saúde Reprodutiva*, São Paulo, I(1):39-49, 2006.

DUARTE, G. A. Perspectiva masculina quanto a métodos contraceptivos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 14 (Supl. 1):125-130, 1998

FERNANDES, J. C. L. Evolução dos conhecimentos, atitudes e práticas relativas ao HIV/AIDS em uma população de favela do Rio de Janeiro. *Cadernos Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.575-581, 1998.

FERREIRA, M. P. Conhecimento e percepção de risco sobre o HIV/AIDS: um perfil da população brasileira no ano de 1998. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(sup.2): s213-s222, 2003.

FINKLER, L.; BRAGA, P.; GOMES, W. B. Percepções de casais heterossexuais em relação à suscetibilidade de infecção por HIV/AIDS. *Interação em psicologia*, v. 8, n. 1, 2004. p. 113-122.

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

FONTANA, AndrEa e FRY, James H. The interview: from structured questions to negotiated text. In: Denzin, Norman K. and Lincoln, Yvonna S. *Collecting and Interpreting Qualitative Materials*. Thousand Oaks: Sage, 2003, second edition, p.61-106.

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.

FRY, P. H.; MONTEIRO, S.; MAIO, M. C.; BASTOS, F. I.; SANTOS, R.V. . AIDS tem cor ou raça? Interpretação de dados e formulação de políticas de saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* (FIOCRUZ), v. 23, p. 497-507, 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.

GUERRIERO, I.; AYRES, J. R. C. M.; HEARST, N. Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais, São Paulo, SP. *Revista de Saúde Pública*, v. 36, n. 4, São Paulo, 2002.

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

GUIMARÃES, C. D. Mulheres, homens e AIDS: o visível e o invisível. IN: PARKER, R.; BASTOS, C.; GALVÃO, J.; PEDROSA, J. S. (org.). *A AIDS no Brasil (1982-1992)*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS, UERJ, 1994 (História Social da AIDS, nº2). P. 217-230.

GUIMARÃES, A. S. *AI. Preconceito e discriminação*. São Paulo: Editora 34, 2004. 2ª ed. 155p.

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

HOFBAUER, A. Raça, cultura e identidade e o “racismo à brasileira”. IN: BARBOSA, L. M. A. *De preto a afro-descendente: trajetos de pesquisa sobre o negro, cultura negra e relações étnico raciais no Brasil*. São Carlos: EDUFSCar, 2003. p. 51-68.

IBGE. Síntese de indicadores sociais 2002. Rio de Janeiro: IBGE, 2003, p.43-50. (Estudos e pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica, n.11) Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/indic_sociais2002.pdf>.

KNODEL, J. PRAMULRATANA, A. “Focus Group Research as a Means of Demographic Inquiry.” *Research Report No. 87-106* (April), Population Studies Center, University of Michigan, 1987.

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.

LIMA, M. E. O.; VALA, J. As novas formas de expressão do preconceito e do racismo. *Estudos de Psicologia* 9 (3): 401-411, 2004.

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.

MAGALHÃES, J. *Avaliação do preservativo feminino em mulheres vivendo com o HIV*. Campinas, SP : [s.n.], 2001. 87 p.

- 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.
- MARINHO, M.B. Entre o funcional e o lúdico: a camisinha nas campanhas de prevenção da AIDS. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 4, n. 6, p. fev. 2000.
- 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, P., OLIVEIRA, A. M. H. C. . Atlas Racial Brasileiro: conteúdo, usos e limitações. In: Maria Stela Grossi Porto; Thomas Patrick Dwyer. (Org.). *Sociologia e Realidade: Pesquisa Social no século XXI*. Brasília: Editora UnB, 2006, p. 305-317.
- MIRANDA-RIBEIRO, P.; SIMÃO, A. B., CAETANO, A. J.; PERPÉTUO, I. H. O.; LACERDA; M. A. e TORRES, M. E. A . 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.
- MOTA, M. P. Gênero e sexualidade: fragmentos de identidade masculina nos tempos de AIDS. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 14, n. 1. Rio de Janeiro, 1998. p. 145-155.
- Nações Unidas, CEPAL, ECLAC - *Vulnerabilidad Sociodemografica: Viejos y Nuevos Riesgos para Comunidades, Hogares y personas, Síntese e Conclusões*. Brasília, 06 a 10 de maio de 2002.
- OLINTO, M. T. A., GALVÃO, L. W. Características reprodutivas de mulheres de 15 a 49 anos: estudos comparativos e planejamento de ações. *Revista de Saúde Pública*, v.33, n.1, p.64-72, 1999.
- OLINTO, M. T. A; OLINTO, B. A. Raça e desigualdade entre as mulheres: um exemplo no sul do Brasil. *Cadernos Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.4, n.16, p.1137-1142, 2000.
- 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.
- PAIVA, V. Cenas Sexuais, roteiros de gênero e sujeito sexual. In: BARBOSA, R. N.; PARKER, R. Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Ed. 34, 1999.
- PARKER, R.; GALVÃO, J.; PEDROSA, J. S. (orgs). Como avaliar vulnerabilidade à infecção pelo HIV e AIDS. In: PARKER, R.; GALVÃO, J.; PEDROSA, J. S. (orgs). *A AIDS no mundo*. Rio de Janeiro: Relume Dumará/ ABIA/IMS/UERJ, 1993, p. 275-301.

- SANTELLI, J. KOUZIS, A. C.; HOOVER, D. R; POLACSEK, L. W. G., M Polacsek, LWG 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.; 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, G. A cultura política da negação do racismo institucional. IN: SANTOS, G.; SILVA, M. P. *Racismo no Brasil: percepções da discriminação e do preconceito no século XXI*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2005. p. 45-54.
- 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.
- SILVA, C. G. M. de. O significado de fidelidade e as estratégias para prevenção da AIDS entre homens casados. *Revista de Saúde Pública* 36 (4). São Paulo, Agosto 2002.
- SILVA, L.; PAIVA, M. S. Vulnerabilidade ao HIV/AIDS entre homens e mulheres com mais de 50 anos. 7º Congresso - Comunicação - Tema: Ciência Social e Comportamental (Social and Behavioural Science) <http://www.AIDScongress.net/article.php?idcomunicacao=308>. Acesso em 10/10/06.
- SILVA, M. P. Identidade racial brasileira. IN: SANTOS, G.; SILVA, M. P. *Racismo no Brasil: percepções da discriminação e do preconceito no século XXI*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2005. P. 37-44.
- SILVA, N. V. Prefácio. In: GUIMARÃES, A. S. A. *Preconceito e discriminação*. São Paulo: Editora 34, 2004. 2ª ed, p.11-13.
- SÍNTESE de Indicadores Sociais 2002. Rio de Janeiro: IBGE, 2007. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicadores2007/indic_sociais2007.pdf. Acesso em 03/03/08.
- 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.
- SZWARCWALD, C. L.; CASTILHO, E. A. Estimativas do número de pessoas de 15 a 49 anos infectadas pelo HIV, Brasil, 1998. *Cadernos Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.135-141, 2000.
- UNAIDS. 2006 Report on the global AIDS epidemic. A UNAIDS 10th special edition. 2006. Geneva: UNAIDS, 2006. (disponível em http://data.unAIDS.org/pub/EpiReport/2006/2006_EpiUpdate_en.pdf).
- UNAIDS/WHO; 2007. The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS epidemic update: December, 2007. UNAIDS/WHO, 2007.
- VIGNOLI, J. R. *Vulnerabilidad demográfica: una faceta de las desventajas sociales*. CEPAL – Serie Población y desarrollo, nº. 5. Santiago de Chile, 2000.

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; JEFFREY, A. K. PERRY, M. J.; SIKKEMA, K. J.; SOLOMON, L. J.;HECKMAN T. G.; ANDERSON; E. S.; e THE COMMUNITY HOUSING AIDS PREVENTION STUDY GROUP. Multiple partners, risk partners and HIV risk among low – income urban women. *Family Planning Perspectives*, 27(6):241-245, 1995.

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

WILLIAMS, C. L.; HEIKES, E. J. The Importance of Researcher's Gender in the In-Depth Interview: Evidence from Two Case Studies of Male Nurses. *Gender and Society*, Vol. 7, No. 2, Jun., 1993, p. 280-291.

ANEXO

Tabela com perfis extremos, considerando o parâmetro g_{ik}

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)

VARIAVEL	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)

VARIÁVEL	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.

Tabela 2 - Frequências marginais, probabilidades estimadas e fatores delineadores de perfis extremos, segundo variáveis selecionadas, para mulheres com 18 a 59 anos de estudo. Recife, 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"	33	3,7	0,00	0,12	0,00	0,00	0,00	3,16	0,00	0,00
	1 "20 a 24"	104	11,5	0,00	0,35	0,00	0,00	0,00	3,05	0,00	0,00
	2 "25 a 29"	152	16,9	0,23	0,36	0,00	0,00	1,37	2,15	0,00	0,00
	3 "30 a 34"	145	16,1	0,27	0,17	0,07	0,14	1,67	1,05	0,46	0,88
	4 "35 a 39"	143	15,9	0,00	0,00	0,00	0,54	0,00	0,00	0,00	3,42
	5 "40 a 44"	99	11,0	0,19	0,00	0,13	0,16	1,76	0,00	1,21	1,47
	6 "45 a 49"	97	10,8	0,21	0,00	0,11	0,15	1,96	0,00	1,04	1,42
	7 "50 a 54"	66	7,3	0,09	0,00	0,28	0,00	1,29	0,00	3,87	0,00
8 "55 a 59"	63	7,0	0,00	0,00	0,40	0,00	0,00	0,00	5,67	0,00	
v2 cor da pele	0 "branca"	356	39,5	0,30	0,40	0,39	0,48	0,77	1,02	0,98	1,22
	1 "negra"	546	60,5	0,70	0,60	0,61	0,52	1,15	0,99	1,01	0,86
v3 situação conjugal	0 "nunca unida"	90	10,0	0,00	0,34	0,07	0,00	0,00	3,41	0,68	0,00
	1 "casada"	297	32,9	0,00	0,12	0,00	1,00	0,00	0,38	0,00	3,04
	2 "unida"	298	33,0	1,00	0,53	0,00	0,00	3,03	1,62	0,00	0,00
	3 "sep/div"	178	19,7	0,00	0,00	0,73	0,00	0,00	0,00	3,70	0,00
	4 "viúva"	39	4,3	0,00	0,00	0,20	0,00	0,00	0,00	4,70	0,00
v4 escolaridade	0 "sem esc."	54	6,0	0,11	0,00	0,18	0,00	1,78	0,00	2,95	0,00
	1 "1 a 3 anos"	110	12,2	0,30	0,00	0,22	0,00	2,42	0,00	1,78	0,00
	2 "4 a 7 anos"	297	32,9	0,60	0,26	0,37	0,00	1,82	0,80	1,14	0,00
	3 "8 a 11 anos"	324	35,9	0,00	0,55	0,13	0,78	0,00	1,53	0,36	2,16
	4 "12 anos ou mais"	117	13,0	0,00	0,19	0,10	0,22	0,00	1,44	0,78	1,72
v5 religião	0 "nenhuma"	108	12,0	0,18	0,24	0,00	0,00	1,50	2,02	0,00	0,00
	1 "catolica"	512	56,8	0,63	0,53	0,67	0,48	1,12	0,92	1,19	0,84
	2 "prot./pent."	223	24,7	0,19	0,17	0,26	0,39	0,75	0,68	1,07	1,57
	3 "outras"	59	6,5	0,00	0,06	0,06	0,13	0,00	0,98	0,95	2,08
v6 frequência religiosa	0 "nao freq"	256	28,4	0,38	0,42	0,31	0,03	1,34	1,47	1,08	0,11
	1 "- de 1 vez p/ mes"	142	15,7	0,29	0,22	0,07	0,01	1,88	1,38	0,45	0,08
	2 "pelo menos de 15 em 15"	167	18,5	0,12	0,20	0,15	0,25	0,64	1,09	0,83	1,37
	3 "uma vez por semana"	161	17,8	0,00	0,16	0,21	0,34	0,00	0,92	1,17	1,92
	4 "mais de uma vez por semana"	176	19,5	0,21	0,00	0,26	0,36	1,06	0,00	1,34	1,85
v7 parturição	0.	174	19,3	0,00	0,51	0,16	0,00	0,00	2,63	0,81	0,00
	1.	191	21,2	0,00	0,45	0,39	0,00	0,00	2,13	1,82	0,00
	2.	236	26,2	0,21	0,04	0,05	0,76	0,79	0,16	0,20	2,91
	3 e mais	301	33,4	0,79	0,00	0,41	0,24	2,37	0,00	1,21	0,71
		619	68,6	1,00	0,66	0,90	0,24	1,46	0,97	1,31	0,35
v8 possui plano de saúde	0 "sem plano"	283	31,4	0,00	0,34	0,10	0,76	0,00	1,08	0,32	2,41
	1 "com plano"										
v9 atividade de trabalho e estudo	0 "só estuda"	29	3,2	0,00	0,10	0,00	0,01	0,00	3,00	0,00	0,38
	1 "est. e trab. c/ renda"	61	6,8	0,00	0,17	0,05	0,03	0,00	2,45	0,79	0,43
	2 "est. e trab. s/ renda"	10	1,1	0,00	0,01	0,01	0,03	0,00	0,88	0,80	2,32
	3 "só trab. c/ renda"	405	44,9	0,19	0,42	0,62	0,64	0,43	0,92	1,37	1,41
	4 "só trab. s/ renda"	97	10,8	0,34	0,00	0,01	0,07	3,12	0,00	0,11	0,63
	5 "não trab. nem est."	300	33,3	0,47	0,31	0,31	0,23	1,41	0,94	0,93	0,69
v10 primeiro método	0 "nunca usou método"	48	5,3	0,00	0,00	0,29	0,00	0,00	0,00	5,40	0,00
	1 "pílula"	496	55,0	0,69	0,26	0,60	0,75	1,25	0,47	1,09	1,36
	2 "camisinhas"	150	16,6	0,00	0,52	0,00	0,00	0,00	3,14	0,00	0,00
	3 "esterilização"	49	5,4	0,22	0,00	0,00	0,00	4,01	0,00	0,00	0,00
	4 "outros métodos"	159	17,6	0,09	0,22	0,12	0,25	0,53	1,23	0,66	1,43
	5 "não sabe/não respondeu"										
v11 método usado atualmente	0 "não usa método"	260	28,8	0,00	0,21	1,00	0,00	0,00	0,74	3,47	0,00
	1 "pílula"	116	12,9	0,00	0,33	0,00	0,00	0,00	2,56	0,00	0,00
	2 "camisinhas"	88	9,8	0,00	0,26	0,00	0,00	0,00	2,67	0,00	0,00
	3 "esterilização"	375	41,6	1,00	0,00	0,00	1,00	2,40	0,00	0,00	2,40
	4 "outros métodos"	63	7,0	0,00	0,20	0,00	0,00	0,00	2,80	0,00	0,00
v12 idade a primeira relação	0 "não informaram"	8	0,9	0,02	0,00	0,02	0,00	1,97	0,00	2,54	0,00
	1 "9 a 14"	118	13,1	0,42	0,00	0,11	0,00	3,20	0,00	0,81	0,00
	2 "15 a 19"	479	53,1	0,56	0,72	0,48	0,36	1,06	1,35	0,90	0,68
	3 "20 a 24"	199	22,1	0,00	0,19	0,18	0,48	0,00	0,87	0,81	2,16
	4 "25 a 29"	72	8,0	0,00	0,08	0,13	0,13	0,00	0,95	1,58	1,61
	5 "30 e mais"	26	2,9	0,00	0,01	0,09	0,03	0,00	0,43	3,09	1,08

Tabela 2 - Frequências marginais, probabilidades estimadas e fatores delineadores de perfis extremos, segundo variáveis selecionadas, para mulheres com 18 a 59 anos de estudo. Recife, 2002.

(fim)											
VARIÁVEL	CATEGORIAS	N	F	P1	P2	P3	P4	P1/F	P2/F	P3/F	P4/F
v13 método usado na primeira relação sexual	0 "nenhum"	698	77,4	1,00	0,53	1,00	0,66	1,29	0,69	1,29	0,85
	1 "camisinha masculina"	90	10,0	0,00	0,34	0,00	0,00	0,00	3,39	0,00	0,00
	2 "outros métodos"	113	12,5	0,00	0,13	0,00	0,34	0,00	1,03	0,00	2,71
	3 "não sabe/não respondeu".	1	0,1	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
v14 média de relações sexuais por mês	0 "0 vezes"	182	20,2	0,00	0,00	0,92	0,00	0,00	0,00	4,57	0,00
	1 "1 a 4 vezes"	232	25,7	0,55	0,26	0,00	0,20	2,13	1,03	0,00	0,76
	2 "5 a 8 vezes"	198	22,0	0,22	0,27	0,00	0,35	1,00	1,22	0,00	1,61
	3 "9 a 12 vezes"	125	13,9	0,06	0,21	0,00	0,26	0,42	1,48	0,00	1,86
	4 "13 e mais vezes"	131	14,5	0,17	0,23	0,00	0,13	1,20	1,61	0,00	0,93
	5 "não sabe/não respondeu".	34	3,8	0,00	0,03	0,08	0,06	0,00	0,77	2,01	1,47
v15 número de parceiros sexuais dos últimos 12 meses	0 "nenhum"	140	15,5	0,00	0,00	0,87	0,00	0,00	0,00	5,61	0,00
	1 "um"	709	78,6	1,00	0,89	0,00	1,00	1,27	1,13	0,00	1,27
	2 "dois ou mais"	53	5,9	0,00	0,11	0,13	0,00	0,00	1,89	2,20	0,00
v16 tipo de relação com o último parceiro sexual dos últimos 12 meses	0 "não teve sexo nos últ 12 meses"	140	15,5	0,00	0,00	0,76	0,00	0,00	0,00	4,88	0,00
	1 "parceiro estável"	716	79,4	1,00	1,00	0,00	1,00	1,26	1,26	0,00	1,26
	2 "parceiro ocasional"	43	4,8	0,00	0,00	0,24	0,00	0,00	0,00	5,07	0,00
	3 "não sabe/não respondeu".	3	0,3	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
v17 poder para parar relação sexual com último parceiro sexual	0 "Não tentaria evitar"	107	11,9	0,37	0,00	0,11	0,00	3,11	0,00	0,95	0,00
	1 "Tentaria, mas não conseg. evitar"	73	8,1	0,27	0,00	0,06	0,00	3,30	0,00	0,74	0,00
	2 "Com alg. certeza conseg. evitar"	38	4,2	0,06	0,04	0,04	0,03	1,32	1,03	0,92	0,71
	3 "Com certeza conseguiria evitar"	681	75,5	0,31	0,96	0,77	0,97	0,41	1,27	1,02	1,28
	4 "não sabe/não respondeu".	3	0,3	0,00	0,00	0,02	0,00	0,00	0,00	5,77	0,00
v18 poder de evitar relação caso parceiro não queira usar condom	0 "Não tentaria evitar"	212	23,5	0,77	0,00	0,00	0,00	3,30	0,00	0,00	0,00
	1 "Com alg. certeza conseg. evitar"	122	13,5	0,05	0,15	0,15	0,19	0,37	1,10	1,15	1,44
	2 "Com certeza conseguiria evitar"	553	61,3	0,18	0,84	0,79	0,79	0,29	1,37	1,29	1,29
	3 "HSM"	3	0,3	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	3,40	0,00	0,00
	4 "Não sabe/não respondeu".	12	1,3	0,00	0,00	0,05	0,01	0,00	0,00	4,05	1,02
v19 se teve ou não ist ou sintoma	0 "não teve nos últ. 12 meses"	492	54,5	0,63	0,41	0,76	0,46	1,16	0,76	1,40	0,85
	1 "teve, não fez tratamento"	111	12,3	0,19	0,12	0,15	0,04	1,56	0,99	1,21	0,31
	2 "teve, procurou tratamento e fez".	299	33,1	0,18	0,47	0,09	0,50	0,53	1,41	0,27	1,51
v20 aids tem cura?	0 "não tem"	755	83,7	0,52	0,95	0,87	1,00	0,62	1,13	1,04	1,19
	1 "tem"	93	10,3	0,34	0,05	0,00	0,00	3,34	0,51	0,00	0,00
	2 "não sabe/não respondeu".	54	6,0	0,14	0,00	0,13	0,00	2,34	0,00	2,14	0,00
v21 autopercepção de risco	0 "não corre risco"	431	47,8	0,82	0,30	0,78	0,16	1,72	0,62	1,64	0,33
	1 "risco pequeno"	268	29,7	0,00	0,45	0,04	0,57	0,00	1,53	0,15	1,91
	2 "risco moderado"	126	14,0	0,06	0,19	0,05	0,22	0,44	1,36	0,38	1,55
	3 "risco grande"	75	8,3	0,11	0,06	0,12	0,06	1,31	0,70	1,43	0,74
	4 "não sabe/não respondeu".	2	0,2	0,01	0,00	0,00	0,00	4,10	0,00	0,00	0,00
v22 se fez exame de hiv quando fez	0 "nunca fez"	662	73,4	0,99	0,39	0,95	0,74	1,35	0,54	1,30	1,01
	1 "fez ha menos de 1 ano"	103	11,4	0,00	0,27	0,00	0,12	0,00	2,33	0,00	1,07
	2 "fez ha mais de 1 ano"	129	14,3	0,00	0,33	0,05	0,12	0,00	2,31	0,32	0,83
	3 "não sabe/não respondeu".	8	0,9	0,01	0,01	0,00	0,01	0,81	1,13	0,00	1,66
v24 teste de HIV em pré-natal (nascimentos até 5 anos antes da pesquisa)	1 "filho nos últ. 5 anos s/ teste"	143	15,9	0,22	0,27	0,00	0,06	1,37	1,68	0,00	0,38
	2 "filho nos últ. 5 anos c/ teste"	80	8,9	0,00	0,27	0,00	0,00	0,00	2,99	0,00	0,00
	3 "nunca teve filho"	163	18,1	0,00	0,43	0,17	0,00	0,00	2,36	0,92	0,00
	4 "grávida pela primeira vez"	11	1,2	0,00	0,04	0,00	0,00	0,00	3,29	0,00	0,00
	5 "teve filho há mais de 5 anos".	505	56,0	0,78	0,00	0,83	0,94	1,40	0,00	1,49	1,68
v23 participação parceiro sobre decisão sobre uso de método	0 "so entrevistada"	98	10,9	0,00	0,33	0,00	0,00	0,00	3,06	0,00	0,00
	1 "so o marido ou comp"	8	0,9	0,01	0,02	0,00	0,00	0,78	2,64	0,00	0,00
	2 "por ambos"	199	22,1	0,00	0,64	0,00	0,00	0,00	2,91	0,00	0,00
	3 "esterilizadas/sem parceiro fixo"	522	57,9	0,99	0,00	0,64	1,00	1,72	0,00	1,10	1,73
	4 "não sabe/não respondeu".	75	8,3	0,00	0,00	0,36	0,00	0,00	0,00	4,39	0,00

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