

Vulnerabilidades da Mulher frente às DST/HIV/AIDS

Marcia Eliza Servio Lisboa¹

O plural, no título deste texto, que se pretende voltado à reflexão, é em parte *provocação* e parte *constatação* de uma realidade presente no trabalho cotidiano de aconselhamento em DST/HIV/AIDS, desenvolvido ao longo de três anos no âmbito do Programa DST/AIDS de São Lourenço do Sul, município de 43 mil habitantes, no sul do Brasil. Neste trabalho, tentaremos nos ater especialmente às observações realizadas quando do aconselhamento de mulheres. Mulheres que formam um grupo heterogêneo no que concerne à idade, profissões, situação financeira, formação intelectual, acesso a lazer, etc. Esta experiência vivenciada no aconselhamento individual e de grupo, e também no trabalho de campo levado a cabo com mulheres profissionais do sexo em seus próprios locais de trabalho, trouxe-nos mais questionamentos do que certezas acerca das motivações, das razões que movem as mulheres quando o tema é “autocuidado “ de modo geral e “ações de prevenção” especificamente, em relação às DST/HIV/AIDS.

De pronto, trabalhamos os temas vulnerabilidade e consciência de riscos, no que concerne à contaminação feminina pelo HIV, e também por outros agentes patógenos causadores de doenças que são transmissíveis por via da relação sexual desprotegida, uma vez que, reconhecidamente, a presença de alguma Doença Sexualmente Transmissível (DST) é fator facilitador para ingresso do HIV no organismo, por fornecer portas de entrada (lesões nas mucosas, por exemplo) e também por fragilizar o sistema imunológico e, obviamente, por caracterizar a não utilização de quaisquer proteções nas relações sexuais.

¹ Psicóloga Clínica, Especialista em Saúde Coletiva, Coordenadora do Programa DST/AIDS de São Lourenço do Sul – RS – Brasil. E-mail: marcia.lisboa@clix.pt

A crescente incidência do número de mulheres no contexto da epidemia - já em 2002 foram 40% dos novos casos no mundo (1), mostra-nos que a mulher está especialmente vulnerável a esta epidemia, seja porque, além da maior vulnerabilidade biológica (na mulher a mucosa genital é menos espessa, a superfície de mucosa é maior e ainda há o dado de que o sêmen contaminado pelo HIV tem maior concentração de vírus do que a secreção vaginal), ela é também historicamente oprimida, subjugada e tem poder bastante limitado nas relações afetivo-sexuais; ou porque escolhe, em algum momento do relacionamento, submeter-se conscientemente às escolhas, decisões ou desejos do parceiro. São também as mulheres que têm maior probabilidade de sofrer violações, de serem coagidas a manter relações sexuais contra a vontade, até mesmo como fator da própria sobrevivência ou dos filhos, seja dentro de relações com parceiro fixo como em relações comerciais, no caso das profissionais do sexo.

Ademais, além do maior risco que sofre a mulher de ser contaminada pelo HIV ou outra DST, é sobre ela que recai grande parte da carga social da epidemia, nos cuidados familiares, nas responsabilidades de sustento da família que, com frequência, acaba por assumir sozinha. Um dado empírico, que apresenta-se em grande parte nas situações de aconselhamento, fala da questão da violência doméstica a que se submetem algumas mulheres - especialmente nos casos em que o parceiro é alcoolista ou usuário de drogas de abuso - incluindo aí a violência sexual, fechando um círculo de agressão/submissão que, com frequência, é vivenciado no imaginário da mulher como uma situação impossível de ser modificada ou interrompida, parcial ou definitivamente.

Aspectos sociais, econômicos, culturais e emocionais se conjugam num intrincado e dinâmico movimento, que nem sempre conduz uma mulher a preservar-se. Assumir uma atitude de afrontamento às normas sociais aceitas, confrontar a autoridade do parceiro ou mesmo questionar valores que teve como corretos e válidos durante toda a vida, podem significar desafios intransponíveis

para algumas mulheres e, quanto mais idade, mais complicado todo este 'jogo dinâmico' poderá se mostrar.

O mito da relação estável e da segurança conjugal ainda é de difícil questionamento. É menos complicado silenciar e ocultar seus temores e também desejos de conhecimento e autoproteção, do que enfrentar o que pode parecer uma disputa pelo poder de decisão dentro de relação. Mas também aqui não devemos desconsiderar que muitas mulheres bem informadas e com acesso garantido aos meios de prevenção, optam por assumir uma relação não protegida, avaliando de forma subjetiva e pessoal os riscos que, porventura, se dispõem a correr.

A epidemia da AIDS mostrou um evidente movimento de feminização desde os primeiros diagnósticos até hoje, e o que antes chegou a ser considerada e denominada como "peste gay" transformou-se, rapidamente, num pesadelo muito presente no imaginário feminino. Se no início da epidemia a proporção era de 25 casos em homens para cada caso notificado em mulheres, atualmente a tendência parece sugerir algo em torno de 1,8 casos em homens para cada caso em mulheres. (1)

Entretanto, o medo de adquirir o HIV não parece ter sido suficiente para determinar *alterações de comportamento* sexual nas mulheres, e o crescente número de notificações de mulheres contaminadas por via sexual, vivendo em relação monogâmica estável, parecem corroborar a esta afirmativa. Estudos que buscaram avaliar a autopercepção da mulher quanto à vulnerabilidade para contaminação por HIV obtiveram resultados que *sugerem que o fato de se perceber em risco não determina mudança de comportamento*. (2)

As razões que estão por detrás de cada um destes milhares de casos, com certeza, são variadas em forma e conteúdo, e cada caso é sempre um caso diferente, único, com nuances que falam das diferenças frente às situações de

escolha. Ou, dito de outra forma: *“a vulnerabilidade diferencial afeta mulheres diferentes de modo diverso, dependendo de outros fatores estruturais, ou seja, que mulheres pobres são mais vulneráveis que as que não o são, que as mulheres pobres jovens são mais vulneráveis que as mais velhas pertencentes ao mesmo estrato, que as mulheres pobres jovens sem alternativas econômicas viáveis além do trabalho com sexo são mais vulneráveis do que aquelas que dispõem de outras opções econômicas e assim por diante.”* (3) Mas essas razões, em grande parte, passam certamente pela desinformação e pela baixa ‘negociabilidade’ do uso de preservativos em todas as relações sexuais.

Não há soluções mágicas, massivas, no que concerne à prevenção em DST/AIDS. A decisão individual, de preservar-se em todas as ocasiões, com todo e qualquer parceiro é extremamente pessoal e íntima, e nem sempre está subordinada à posse de informações sobre saúde, cuidados e formas de prevenção, por mais importantes e significativas que sejam. Parece-nos algo que vai além de todo este conjunto de fatores. Está ligado, diretamente, à consciência de si, da sua própria importância e valor, bem como depende do investimento que cada mulher está disposta a fazer a favor do autocuidado. Este investimento pode significar, em algum momento, a perda/desistência de um parceiro que recusa de forma irredutível o uso do preservativo. Este pode ser o momento em que a escolha entre ter/manter esse parceiro se sobreponha a todas informações e noções de autocuidado que a mulher possa ter constituídas em si; a idéia de “dar esta prova de confiança” ao parceiro, sobrepondo-se às próprias convicções. Ou seja, para além do poder explícito que se faz presente nas relações de gênero, há também uma rede sutil de mecanismos de submissão que atinge parte da população de mulheres. A diferenciação, por exemplo, que as profissionais do sexo efetivamente fazem entre as relações sexuais comerciais que mantêm com clientes e as com seus parceiros afetivos passa pela utilização ou não do preservativo, seja masculino ou feminino. O não uso do preservativo em relações não comerciais pode ser referido como um diferencial simbólico, que as

profissionais do sexo utilizam para reforçar a diferença entre o que é vida pessoal (prazer) e o que é trabalho (trabalho). (4)

Historicamente “cuidadora”, a mulher que não está informada sobre doenças de transmissão sexual coloca-se em situações de risco, e torna-se vulnerável sob vários aspectos, considerando sempre em primeiro lugar o desejo ou o prazer do outro, em detrimento do próprio entendimento do que seria desejável para si. Entretanto, as entrevistas e acompanhamentos cotidianos sugerem-nos outras possibilidades, nomeadamente o pressuposto de que mesmo desejando cuidar de si, e de posse das informações e insumos para tal, a mulher poderá abdicar da prevenção de forma consciente, tendo clara a idéia de que corre riscos de contaminação por HIV ou outra DST. Somos colocados diante do fato de que mulheres esclarecidas quanto às formas de transmissão, com possibilidade de acesso aos métodos de prevenção, optam por não utilizá-los.

O cuidado de si, o autocuidado, é considerado um objetivo a ser alcançado quando o assunto é aconselhamento em DST/HIV/AIDS. Trabalha-se com a idéia de que o autocuidado é uma conquista, o resultado final de um processo continuado de consolidação da auto-estima, e é, de alguma forma, o objetivo final do aconselhamento. Entende-se que é através da informação, capacitação e encorajamento das pessoas a manterem atitudes de autocuidado em todas as situações possíveis, que terá um freio o crescimento da epidemia da AIDS. Se considerarmos que a via sexual tem sido apontada como responsável pelos novos casos em todo mundo, é evidente que os esforços se voltem para a prevenção. Para tanto, a abordagem e linguagem utilizadas em trabalhos de aconselhamento e prevenção têm de estar em sintonia com o “alvo” que se pretende alcançar.

Observou-se em várias oportunidades no aconselhamento a mulheres, que elas reagem mais atentamente, com mais interesse e determinação em alterar comportamentos de risco por outros mais seguros, quando percebem, por exemplo, que o bem estar de seus filhos está na dependência das atitudes que

ela, mulher/mãe assume para sua vida. Trabalhos já realizados sobre vulnerabilidade parecem corroborar essas informações. (5) Os dados colhidos, as observações feitas e intervenções realizadas durante sessões de aconselhamentos ao longo destes três anos, sejam individuais, em grupo ou durante visitas a casas de prostituição, sugerem uma tendência feminina a direcionar sua preocupação e cuidados ao “outro”; daí usarmos com certa liberdade a expressão de “mulher cuidadora”, já que esta parece efetivamente ser uma característica da mulher. Ou seja, o discurso mais comumente utilizado em prevenção às DST/HIV/AIDS é positivista, colocando no indivíduo, no caso a mulher, a responsabilidade pelo autocuidado. Desconsideramos, com freqüência, o fato de que a mulher vê a si mesma em “relação a”, ou seja, suas relações afetivas, amorosas, familiares, pesam significativamente nas suas decisões e, conseqüentemente, na forma como se percebe – ou não – em risco . (6)

Se vamos falar de vulnerabilidades, no plural, podemos começar pelo aspecto que entendemos ser o menos difícil de ser contornado, a *desinformação*. Menos difícil porque a informação, pura e simples, é uma aquisição teórica. Não é investida de afeto, apenas uma série de dados dos quais a mulher poderá apropriar-se. E esta informação sobre o que são DST/HIV/AIDS podem ser divulgadas e repetidas à exaustão por vários meios: *folders*, palestras, aconselhamentos individuais, programas de TV, sendo parte fundamental do trabalho em prevenção. As informações do tipo ‘como pegar doença’ ou ‘como evitar doença’ certamente estão na base de um bom trabalho de prevenção em DST/HIV/AIDS, uma vez que esclarece dúvidas, destrói mitos, traz segurança ao usuário e estabelece uma desejável familiaridade com termos e conceitos, exercitando uma precoce sensibilização que vai facilitar à mulher - usuária no presente ou no futuro dos métodos de prevenção - sentir-se à vontade em nomear suas dificuldades, sem constrangimentos.

Entretanto, outras vulnerabilidades estão à espreita e algumas não tão facilmente contornáveis, como a questão das *relações de poder*. As frases “o que

meu parceiro vai pensar de mim se eu falar em usar preservativo? “ e “meu parceiro não vai aceitar nem discutir o uso do preservativo”, são freqüentes nas falas das mulheres com relações monogâmicas estáveis. A intervenção que mais utilizamos diante de tais declarações costuma ser “e o que pensas a respeito do uso do preservativo com teu parceiro?”; e com freqüência observamos um jogo de expressões que vão da surpresa “ nunca haviam pensado que sua opinião pudesse afinal ser importante ” ao reconhecimento “ bem, afinal a relação é de duas pessoas, logo ambas devem mesmo discutir e opinar sobre isto em termos de igualdade” . Este momento de conscientização pode – ou não – evoluir para uma conversa aberta com o parceiro, o que vai depender da qualidade da relação entre eles e da segurança da mulher em enfrentar e elaborar a idéia de que as decisões sobre proteção podem e devem ser avaliadas a dois.

Questões como “se insistir muito e meu parceiro me abandonar, como eu fico?” são indicadoras da dominação masculina, seja em termos financeiros ou afetivos. Quem decide é o parceiro, tanto neste como em vários outros aspectos do relacionamento; mas, novamente, se coloca a questão de que, se o homem se impõe, por outro lado a mulher permite que ele o faça. E o fato é que nem sempre esta imposição se dá de forma explícita, mas sim embutida de forma subliminar no discurso do homem ou é expressa de forma não verbal, mas de fácil e rápido entendimento pela mulher; ou seja, um exercício das aquisições culturais construídas, das diferenças de gênero e das relações de poder nelas implicadas.

Entretanto, insistimos aqui no fato de que em várias situações é possível perceber claramente que a mulher pode escolher deliberadamente expor-se a riscos, ou seja, uma mulher não dependente economicamente do parceiro, bem informada, sensibilizada para o autocuidado, com boa auto-estima *que decide em algum momento* “correr o risco”, e casos assim representam um “nó” para o trabalhador em prevenção, pois está além da sua capacidade de avaliação e de intervenção. Num caso assim, onde reside então a vulnerabilidade da mulher? Ela está realmente avaliando de forma concreta e imediata as possibilidades de

adquirir alguma DST, de adquirir o HIV? Qual sua autopercepção para o risco? E que atitudes estará disposta a tomar, ou deixar de tomar, a partir desta percepção?

Ao propor-se no título deste trabalho o uso do plural para a palavra vulnerabilidade, tentamos imaginar formas menos discutidas, menos freqüentes nos discursos oficiais de prevenção em DST/HIV/AIDS. Avaliar a vulnerabilidade implica em considerar as variações individuais da vida diária de cada mulher, o contexto social onde está inserida, suas possibilidades de exercer efetivamente sua cidadania do ponto de vista econômico, político, institucional, o tipo de escolhas de comportamento – comportamento sexual inclusive – que ela faz para si.

Dito de outra forma, é de extrema importância que existam políticas públicas de prevenção em DST/HIV/AIDS voltadas para a promoção da saúde, prevenção de doenças e encorajamento às ações de cidadania; e sobretudo, é vital que a operacionalização para alcançar os objetivos dessas políticas contemplem estratégias alinhadas e identificadas com a multiplicidade de perfis das mulheres que se pretende alcançar com essas ações. Não falamos aqui num exercício autoritário do saber médico, nem da patologização do exercício da sexualidade, mas em saber ouvir e (re)conhecer as necessidades particulares a cada pequeno grupo, suas demandas pela vivência autônoma da sexualidade. Respeitar os saberes de que já estão investidas essas pessoas para, então, encontrar caminhos, tão múltiplos quanto múltiplas forem essas demandas, em direção à conquista de melhores condições de vida. Conquista que passa também pela aquisição de informação em saúde, possibilidade de escolher o que deseja para si em termos de autocuidado com a menor interferência possível.

É fundamental que as mulheres tenham adequada percepção dos riscos, que se reconheçam nas informações que recebem sobre prevenção às DST/HIV/AIDS, pois isto certamente aumentará a possibilidade de efetiva e concreta mudança de

comportamento. Esta mudança se dá em direção ao autocuidado, incorporando, absorvendo informações e “metabolizando-as” na forma de redução de comportamento de risco. Contudo, sem desqualificar ou descaracterizar na mulher o papel de cuidadora, mas de forma que ela se possa reconhecer como alguém que também deve ser preservada e protegida do risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis. Cabe aos profissionais de saúde a tarefa de manter atitude de *escuta atenta e respeitosa* às demandas destas mulheres bem como valorizar seu saber, atentando sempre para as diferenças, que, afinal, representam a *pluralidade* desta população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 ONUSIDA/02.46S -*versión española, diciembre de 2002*- ISBN 92-9173-255-9.

2 SILVEIRA, Mariângela F.; BERIA, Jorge U.; HORTA, Bernardo L. *et al.* **Autopercepção de Vulnerabilidade às Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids em Mulheres.** *Rev. Saúde Pública*, dez. 2002, vol. 36, no.6, p.670-677. ISSN 0034-8910.

3 PARKER, Richard; CAMARGO JR., Kenneth Rochel de. **Pobreza e HIV/AIDS: Aspectos Antropológicos e Sociológicos.** *Cad. Saúde Pública*, 2000, vol.16 supl.1.

4 LISBOA, Márcia E. S. **Estudo sobre Preservativo Feminino Junto às Profissionais do Sexo em São Lourenço do Sul.** *III Congresso Virtual HIV/AIDS – 2003* – ISBN: 97-95977-2-3.

5 BUCHALLA, Cassia Maria; PAIVA, Vera. **Da Compreensão da Vulnerabilidade Social ao Enfoque Multidisciplinar.** *Rev. Saúde Pública*, ago. 2002, vol.36, no.4, supl, p.117-119. ISSN 0034-8910.

6 GUIMARÃES, Carmem Dora. **Aids no Feminino - Por que a cada dia mais mulheres contraem Aids no Brasil?** Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 2001, ISBN 85-7108-237-5.