

CONTEXTO DE VULNERABILIDADE DE GÊNERO NO USO DO PRESERVATIVO MASCULINO

Flávia Moreno Alves de Souza¹
Ivette Kafure Muñoz²
Izabela Calegario Visentin³

243

Resumo – Discute os contextos de vulnerabilidade de gênero no uso do preservativo masculino. Objetiva identificar os fatores associados à vulnerabilidade de gênero nas práticas sexuais de risco e na infecção pelo HIV entre as mulheres. Trata-se de pesquisa qualitativa e exploratória, cujo método utiliza estudo de caso. A análise dos dados mostra que 70% das mulheres não tem como prática de sexo seguro o uso do preservativo; 50% das mulheres relatam que seu risco de adquirir o HIV é pouco ou nenhum; os métodos de prevenção ao HIV são mais desconhecidos entre as mulheres: 93,8% das mulheres desconhecia a Profilaxia Pré-Exposição, e 75%, a Profilaxia Pós-exposição. Conclui-se que a negociação do uso do preservativo está relacionada à construção social da normatividade para ser homem e mulher, bem como aos códigos de valores que favorecem a exposição das mulheres a situações de vulnerabilidade à infecção pelo HIV e outras IST.

¹Assessora do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde. Professora substituta da Universidade de Brasília na Faculdade de Ciência da Informação. Docente da Pós-Graduação AVM na disciplina de Gerenciamento de Projetos e da Faculdade ICESP de Brasília nas disciplinas: Gerenciamento de Projetos, Introdução às Ciências Sociais e Ciência Política, Ética e Filosofia, Administração Mercadológica, Marketing político e Marketing de Varejo. Doutoranda em Ciência da Informação pela Universidade de Brasília. Mestre em Ciência da Informação pela Universidade de Brasília. Possui MBA (Master Business Administration) em Planejamento e Gestão Empresarial, bem como em Gerência de Projetos. Graduada em Ciência Política pela Universidade de Brasília – UNB e-mail: flaviamoreno1@yahoo.com.br

² Doutora em Ciência da Informação, Universidade de Brasília. Mestre em Informática, Universidade Federal de Campina Grande. Especializada em Práticas Audiovisuais, Universidade del Valle, Cali, Colômbia. Graduada em Engenharia de Sistemas, Universidade Autônoma de Manizales, Manizales, Colômbia. Atualmente é professora na Universidade de Brasília na Faculdade de Ciência da Informação (FCI/UnB)

³ Doutorado em Administração (FUMEC). Mestrado em Administração (FPL). Pós-graduação (aperfeiçoamento) em Gestão de Sala de Aula em nível superior (UNIDESC). Pós-graduação (aperfeiçoamento) em Gestão Estratégica de Pessoas (UES). Pós-graduação (aperfeiçoamento) em Metodologia do Ensino Superior (UES). Graduação em Administração (Machado Sobrinho). Técnico em Informática Industrial. (CTU/UFJF). Professora de Administração (UNIDESC/TECSOMA/UNIPAC/INESC). Professora de Pós-graduação (UNIDESC/FCJP). Coordenadora de Administração/Ciências Contábeis e Secretariado Executivo (UNIDESC/UNIPAC). Membro do Banco de Avaliadores do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (BASIS) na categoria de Avaliador de Instituições de Educação Superior e de Cursos de Graduação .E-mail: izabela.calegario@unidesc.edu.br

Recebido em 06/05/2019
Aprovado em 01/06/2019

Palavras-chave: HIV/aids; Vulnerabilidade de gênero; Opressões cruzadas e convergentes; Gestão da informação em Saúde; Atitudes e práticas em saúde.

Abstract – It discusses contexts of gender vulnerability in the use of the male condom. It aims to identify factors associated with gender vulnerability in sexual risk and HIV infection among women. This is a qualitative and exploratory research, whose method uses a case study. Data analysis shows that 70% of women do not use condoms as a safe sex practice; 50% of women report that their risk of acquiring HIV is minimal or none; HIV prevention methods are more unknown among women: 93.8% of women were unaware of pre-exposure prophylaxis, and 75% of post-exposure prophylaxis. It is concluded that the negotiation of condom use is related to the social construction of normativity to be male and female, as well as to codes of values that favor the exposure of women to situations of vulnerability to HIV infection and other STIs.

Keywords: HIV/AIDS; Gender vulnerability; Crossed and convergent oppressions; Health information management; Health attitudes and practices.

1. Contextualização

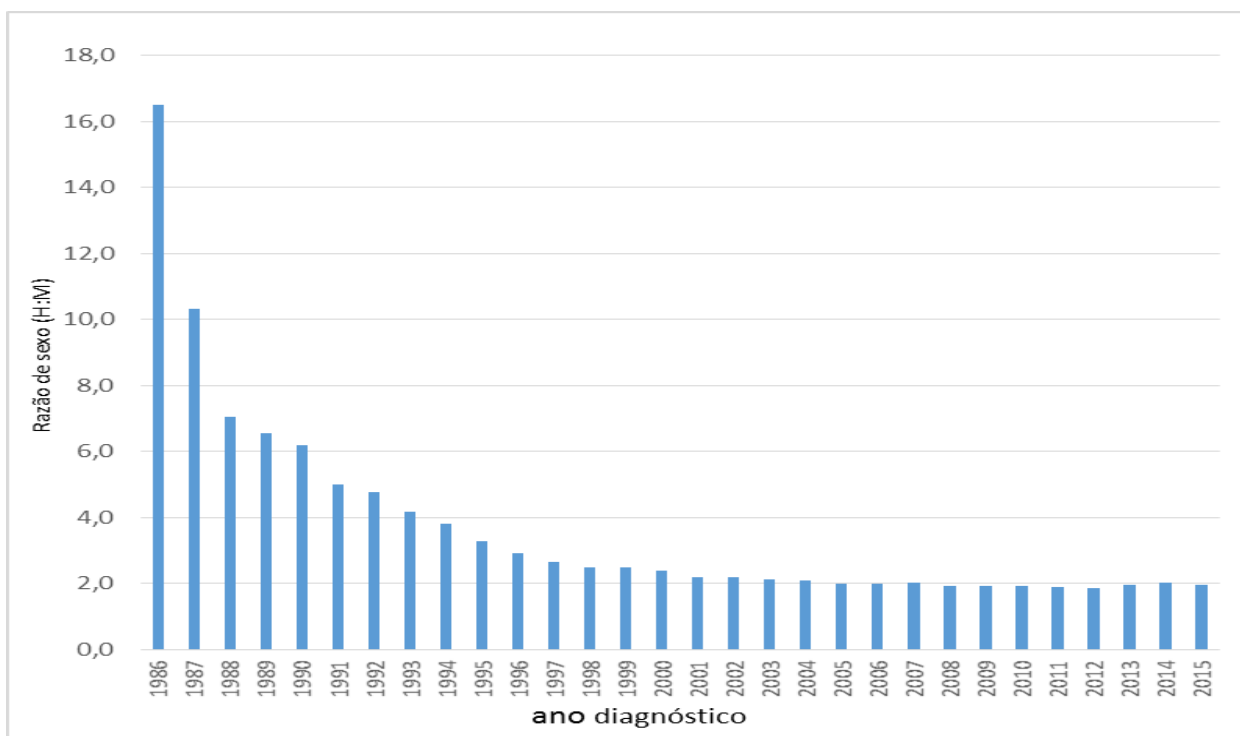
Em 2015, a Organização Mundial de Saúde - OMS estimou no mundo, a cada ano, um total de 2,1 milhões de novas infecções pelo Vírus da Imunodeficiência Humana - HIV, somando-se a um total de 36,7 milhões de pessoas já vivendo com HIV¹.

No Brasil, neste mesmo ano, avaliou-se que aproximadamente 827 mil indivíduos viviam com o HIV e/ou a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - aids e que, em média, cerca de 40 mil novos casos de aids são identificados por ano². É mister destacar que, do total de casos notificados de aids no país, até junho de 2016; 65,1% foram do sexo masculino e 34,9% do feminino³.

Portanto, a epidemia de aids se constitui em uma realidade para as mulheres, em todo o mundo, quase 1 milhão de mulheres são infectadas com o HIV a cada ano e apenas metade de todas as mulheres que vivem com HIV têm acesso a tratamentos capazes de salvar vidas, tornando a aids a principal causa de morte de mulheres entre 30 e 49 anos globalmente⁴. Somente no Brasil, no ano 2014, foram notificados 15.061 casos de aids entre as mulheres e, no que se refere ao coeficiente de mortalidade de aids entre mulheres, houve um aumento de 7,4%, passando de 3,9 óbitos por 100.000 habitantes para 4.2 óbitos no período de 2014 a 2015⁵.

É mister destacar que em todo o mundo são usualmente as mulheres que cuidam de doentes e crianças. Nos locais que estão entrando em colapso de mortalidade sob o impacto da aids, são principalmente as mulheres mais velhas que assumem, com pouco apoio, essa assistência⁶, reforçando o pensamento de Giffin⁷ de que na sociedade capitalista, o feminismo identifica-se à arena do cuidado, à afetividade, à vida familiar e, conforme define Okin⁸, à esfera privada e doméstica, corroborando, então, a perspectiva da ética do cuidado proposta por Gilligan⁹, que, por sua vez, cria fardos ou responsabilidades que são desproporcionalmente impostos a mulheres¹⁰, reforçando a atribuição das responsabilidades domésticas em relações hierárquicas¹¹.

No país, em 2015, a taxa de detecção de aids foi de 27,9 por 100.000 habitantes entre homens e 12,7 por 100.000 habitantes entre mulheres. A razão de sexo vem diminuindo sistematicamente, passando de 16,5 homens por mulher, em 1986, para 2,0 homens por mulher, em 2015 (figura 1), apontando para o fenômeno da epidemia de aids em mulheres¹².



Fonte: Brasil (2016)

Figura 1 - Taxa de detecção por razão de sexo no período 1986-2015

É fato que no Brasil, a epidemia da aids se fixou majoritariamente nos grupos desfavorecidos da população, entre os moradores de comunidades mais pobres, especialmente entre mulheres. Nesse sentido, nos últimos anos, a epidemia da Aids tem sido associada à pobreza, à violência e ao sexo feminino. O avanço da epidemia na população feminina vem acompanhado da violência de gênero; conseqüentemente, a violência contra a mulher se configura num contexto de vulnerabilidade às Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST e a Aids, contribuindo com o advento da epidemia entre mulheres¹³.

Quando se analisam dados epidemiológicos destaca-se um aumento na situação de vulnerabilidade à infecção pelo HIV e outras IST entre as mulheres¹⁴, que permeia aspectos socioculturais estruturais relacionados às desigualdades de gênero quais sejam: a persistência de um olhar sobre a saúde das mulheres com um enfoque meramente reprodutivo, concentrados na proteção da maternidade e não somente ao comportamento e práticas sexuais relacionadas ao prazer; a falta de acesso à serviços de saúde que promovam a efetivação dos direitos sexuais; a falta de acesso à educação por parte das mulheres; a padrões culturais e religiosos que interferem negativamente na adoção de medidas preventivas, como o uso do preservativo; e, a violência física, psicológica, doméstica e sexual¹⁵. Portanto, estas variáveis impactam o acesso à informação, aos insumos de prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento e, por conseqüência, aumenta significativamente a suscetibilidade feminina à infecção destes agravos.

Ademais, verifica-se que a proporção de participação das mulheres pretas/pardas nos casos de aids aumentou em 20% passando de 42,1% para 58,1%, ao passo que, entre as mulheres brancas, este percentual é de 41,1%, no período de 2003 a 2015¹⁶, indicando uma desigualdade étnica-racial no contexto de vulnerabilidade acrescido das mulheres pretas/pardas e evidenciando que as mulheres negras estão em uma posição incomum na sociedade, pois são a parte inferior da escala social, vivenciando a opressão machista, racista e classista¹⁷.

Corroborando este pensamento Taquette¹⁸ mostra que violência estrutural, familiar e de gênero são mais agudas na parcela da população de mulheres afrodescentes. Observa-se ainda que as desigualdades que atingem as mulheres negras no Brasil comumente apontam para a presença de uma discriminação: o fato de ser mulher, negra e pobre. Quanto às infecções sexualmente transmissíveis, a associação entre pobreza/violência/sexo feminino e um maior risco de infecção às IST/Aids.

Para Rodrigues¹⁹, as mulheres afrodescendentes estão em condições de saúde menos favoráveis, além de estarem mais vulneráveis ao processo de infecção pelo HIV. A mulher negra é mais frequentemente vítima de violência doméstica, exploração sexual comercial e relações sexuais desprotegidas. Além disso, elas estão em desigual condição jurídica, econômica e social. Em geral, esse grupo da população não tem seus direitos sexuais e reprodutivos garantidos, pois invariavelmente lhe é negado o acesso aos serviços de saúde, e, quando esses serviços são oferecidos, o atendimento fornecido é de pior qualidade. Portanto, ser mulher, pobre e afrodescendente pressupõe estar sujeita a um conjunto de situações que eleva a vulnerabilidade às IST/Aids e que, associado aos outros fatores, faz com que a mulher possa ser incluída num grupo de risco para as altas taxas de morbimortalidade; portanto, nota-se que as diferenças étnico-raciais potencializam o processo de vulnerabilidade ao HIV/Aids, às práticas de vida e de adoecimento em relação às IST/Aids.

Logo, averigua-se que as discriminações de raça e de gênero não são fenômenos mutuamente excludentes, observando as várias formas de subordinação que refletem os efeitos interativos das discriminações de raça e de gênero, apontando para a discriminação interseccional de mulheres e formas múltiplas e articuladas de opressão²⁰⁻²¹.

Outro indicador importante é o nível de escolaridade das mulheres infectadas pelo HIV, que depreende a tendência de pauperização da epidemia. Do total de casos notificados do sexo feminino por escolaridade, tem-se que 4,9% das mulheres são analfabetas; 22% relataram ter entre a 1ª a 4ª série incompleta; 4,7% relataram 4ª série completa; 32,8% 5ª a 8ª série incompleta e apenas 4,9% tinham superior completo²². Foram notificados, nos anos de 2000 a junho de 2016, 99.804 casos de HIV em gestantes, deste total 79.572 relataram seu nível de escolaridade, sendo que destas 2,3% das mulheres são analfabetas; 11,3% relataram 1ª a 4ª série incompleta; 4,7% relataram ter a 4ª série completa; 38,4% relataram ter entre a 5ª a 8ª série incompleta e apenas 2,8% tinham superior completo²³. Verifica-se que novos casos de HIV incidem com maior frequência sobre mulheres com pouca escolaridade, indicando a tendência de privação e falta de oportunidade de acesso à educação formal, o que por sua vez maximiza barreiras de acesso à informações, aos avanços tecnológicos, aos insumos de prevenção e orientações em saúde sexual, tornando-as desta forma mais suscetíveis à infecção pelo HIV e outras IST, posto que “projetos de conhecimento não são desconectados das vivências das pessoas, remetem a relações e processos sociológicos específicos”²⁴. Constata-

se que a escolarização é um fator que intervém de maneira relevante na vida sexual, bem como um elemento importante na saúde, pois implica uma melhor comunicação com os médicos, e conseqüentemente, maior efetividade na prevenção e cura de agravos²⁵.

Face ao exposto, cumpre-se destacar a vulnerabilidade de gênero, raça/cor e escolaridade frente ao HIV que se faz presente nas relações desiguais entre homens e mulheres, apontando para as múltiplas vulnerabilidades das mulheres, tais como o racismo, o patriarcalismo e outros sistemas discriminatórios que criam desigualdades básicas, evidenciando-se, então, a existência de intersecções complexas, na qual opressões se sobrepõem e se cruzam, caracterizando-se uma discriminação composta, portanto a interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as conseqüências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos de subordinação²⁶.

Corroborando esta premissa, Collins²⁷ afirma que “[...] raça, classe, gênero, sexualidade, etnicidade, nação, habilidade e idade operam não de forma unitária, como entidades mutuamente excludentes, mas como fenômenos que se constroem reciprocamente e, como tal, dão forma a desigualdades sociais complexas”, o que contribui para o desempoderamento das mulheres, que, por sua vez, impacta diretamente nas relações de poder quando da negociação de estratégias de prevenção ao HIV com seus parceiros sexuais e acesso à saúde.

Revela-se que além, dos dados epidemiológicos apresentados, estudos de conhecimentos e comportamentos e de significados e sentidos reforçam que as mulheres se encontram em uma situação de vulnerabilidade no diálogo e de desvantagem negociação do uso do preservativo e outras práticas de sexo seguro com seus parceiros, o que por sua vez potencializa o risco de infecção pelo HIV²⁸. Esses autores afirmam ainda que, o contexto de vulnerabilidade de gênero está relacionado às concepções machistas e das relações de poder existentes entre homens e mulheres, no que tange à autonomia para tomar decisões de prevenção ao HIV. Historicamente, essas diferenças expressam de forma desfavorável às mulheres, transformando-se em desigualdades que as prejudicam fortemente o exercício da sexualidade feminina, sobretudo no que se refere aos cuidados com o corpo e com a saúde sexual, relegando a sexualidade feminina ao silêncio, ao conformismo, à submissão e à opressão²⁹.

Neste sentido, é notório atentar que “[...] dominação masculina define obstáculos estruturais, institucionais e cotidianos à autonomia das mulheres restringindo suas alternativas e reservando a elas posições desiguais relativamente aos homens”³⁰, inclusive no que tange às relações sexuais, posto que a atividade sexual e o risco associado a ela estão relacionados a um sistema de gênero que confere ao homem maior poder e impede a mulher de tomar iniciativas, como por exemplo, adquirir e portar preservativos, por temer ser considerada uma mulher fácil ou vulgar, logo tem-se ainda que a reputação da mulher depende do homem, a dignidade da mulher atrela-se a legitimidade masculina³¹ e espera-se das mulheres posturas de pudor em suas práticas afetivo-sexuais³².

Ainda conforme Taquette³³, tem-se que:

[...] esse modelo de dominação de gênero masculino é um dos principais geradores de violência e risco de DST, pois dificulta a negociação do uso do preservativo entre os parceiros em suas relações sexuais. Para cumprir os padrões de o que é ser homem/mulher, ambos têm de desempenhar uma prática sexual que lhes é nociva do ponto de vista do risco às DST e a própria vida.

Ademais, observa-se a submissão das mulheres nas relações sexuais com o parceiro, atendendo exclusivamente à vontade dele, sendo um objeto de satisfação de seus desejos, em que a mulher é domínio e posse do homem, o que dificulta o exercício seguro da sexualidade, conforme aponta Taquette³⁴.

[...] no campo sexual, é obrigação da mulher dar prazer ao homem e transar sempre que ele quiser. A concepção do homem sobre a mulher é a de que ela deve ser completa, ou seja, tem de fazer de tudo na relação sexual e deixar que ele faça o que quiser nela, para o desfrute dele. Dentro dessa relação, é muito difícil negociar o uso do preservativo.

Neste sentido, culturalmente a mulher é estereotipada e sexualmente objetificada pela a cultura heteronormativa, como exposto por Jeffreys³⁵ “*Women are in fact pure sex from knees to neck. We men have concentrated our apparatus in a single place, we have extracted it*”⁴, o

⁴ As mulheres são de fato puro sexo dos joelhos até o pescoço. Nós homens concentramos nosso aparelho em um único lugar, nós o extraímos. (tradução nossa)

que corrobora a construção social da supremacia masculina, na qual a subordinação apresenta-se como natural³⁶ e que as mulheres se utilizam das práticas de beleza para: (I) tornarem-se atrativas para os homens; (II) conectar-se aos homens; e, (III) conquistar a atenção e aprovação masculina³⁷.

Logo, tem-se a reprodução dos padrões sociais e culturais de comportamento de gênero masculino e feminino hegemônicos se mantêm, com a predominância do poder do homem sobre a mulher inclusive nas práticas sexuais, posto que o gênero é um poderoso organizador no campo da sexualidade, destacando que o exercício da sexualidade não é livre é controlada por quem tem poder, retratando as relações assimétricas entre os sexos³⁸ e que a capacidade de agir no campo de prevenção às IST relaciona-se às condições pessoais, culturais e econômicas³⁹, contribuindo para ampliação do contexto de vulnerabilidade a sexualidade e ao risco de contrair infecções sexualmente transmissíveis, devido à submissão das mulheres aos seus parceiros⁴⁰. Isto posto, verifica-se que a iniquidade de gênero é um condicionante de risco de mulheres à infecção por IST/aids, compreende-se que estas são construtos sociais que produzem relações assimétricas entre homens e mulheres, implicando sempre em relações de poder nas quais a mulher, na maioria das culturas existentes, apresenta papel de subserviência.⁴¹

Neste contexto, tem-se a visão da mulher associada à passividade e dependência, na medida que exerce pouca influência nas decisões relativas à sexualidade⁴², portanto pode-se dizer que o reforço do machismo está vinculado ao contrato sexual, sendo este “[...] o meio pelo qual os homens transformam seu direito natural sobre as mulheres, na segurança do direito patriarcal civil”⁴³, o que reflete a dificuldade das mulheres na negociação do sexo seguro, sendo esta uma questão imposta de forma específica ou desproporcional às mulheres⁴⁴ e que muitas vezes é considerado como um problema que não tem nome⁴⁵.

A assimetria entre homens e mulheres no plano das representações sociais⁴⁶ relacionados ao exercício da masculinidade, ressalta-se que:

[...] o homem deve iniciar a vida sexual o mais cedo possível, ter muitas parcerias sexuais e que as práticas sexuais sem o uso do preservativo são mais prazerosas, se constituem o centro da vulnerabilidade das mulheres à prevenção⁴⁷.

Ao passo que, a mulher é desvalorizada pela sociedade quando tem variados parceiros, enquanto o homem é valorizado pelo mesmo motivo e pela intensa intimidade com o prazer sexual e liberdade de seu exercício, agindo como se não fosse possível controlar sua sexualidade⁴⁸, ressaltando padrões hegemônicos de masculinidade⁴⁹.

Observa-se, neste contexto, a perspectiva sociológica, a partir do conceito de consciência coletiva⁵⁰ no qual conjunto de crenças e dos sentimentos comuns à média dos membros de uma mesma sociedade forma um sistema determinado, bem como os processos psicológicos socialmente induzidos⁵¹ em que a iniciativa de propor o uso camisinha é atribuição do homem, o que gera um estranhamento quando mulheres propõem tanto a relação sexual quanto o uso do preservativo⁵², apontando que o gênero, uma vez que, na vida pessoal, particularmente, na relação entre os sexos, não é imune à dinâmica do poder⁵³, logo na construção social do gênero, quem tem poder de negociação é o homem, e é ele quem decide a forma e o ritmo das relações sexuais. Essa desigualdade de poder, conferida socialmente aos diferentes sexos é estruturante do sistema patriarcal da sociedade⁵⁴.

Face ao exposto, tem-se que o gênero é uma forma primária de dar significado às relações de poder⁵⁵, ou seja, as construções sociais elaboradas a partir dessa categoria estabelecem relações desiguais entre os sexos, as quais tradicionalmente têm colocado as mulheres em condição de submissão aos homens. Essa submissão pode se manifestar tanto pela não exigência do uso da camisinha quanto pela iminência de uma agressão física ou sexual caso a mulher se recuse a ter relação sexual desprotegida. As limitações impostas às mulheres para exigirem de seus parceiros o uso do preservativo estão relacionadas, portanto, aos valores de gênero⁵⁶.

A escolha do método preventivo não se trata somente de uma escolha individual, pois é determinado por muitos fatores sociais, econômicos e culturais que restringem o desejo e a ação individual⁵⁷, mas sim está relacionada à construção social da normatividade para ser homem e mulher, bem como códigos de valores que favorecem a exposição das mulheres a situações de risco⁵⁸.

Face ao exposto é mister superar as condições de dominação e opressão, que por sua vez não está em se igualar aos homens, mas transformar estruturas sociais que beneficiem homens e mulheres igualmente⁵⁹. Neste sentido, esta pesquisa justifica-se pela necessidade de proporcionar uma aproximação com mulheres no intuito de identificar contextos de vulnerabilidade de gênero no uso do preservativo que impactam no aumento da epidemia da

aids em mulheres. Seus objetivos específicos são: investigar a influência de fatores socioeconômicos na vulnerabilidade a infecção por HIV e outras IST; identificar o conhecimento sobre o HIV e as estratégias de prevenção combinada em mulheres; mapear as atitudes e práticas sexuais de risco à infecção do HIV, averiguar o uso do preservativo nas relações sexuais.

Portanto, tem-se que a problemática, objeto desta pesquisa, sintetiza-se na questão que se segue: Quais os fatores associados à vulnerabilidade de gênero nas práticas sexuais de risco e infecção pelo HIV entre as mulheres?

2. Métodos

A pesquisa foi realizada sob enfoque qualitativo e exploratório, utilizando-se estudo de caso. Segundo Creswell⁶⁰, a pesquisa qualitativa “[...] proporciona uma lente geral de orientação para o estudo de questões de gênero, classe e raça ou outras questões de grupos marginalizados”.

Ademais, considerando o estágio no qual o conhecimento sobre esta temática tem avançado⁶¹, o propósito deste estudo caracteriza-se como exploratório, visto que há pouco conhecimento acumulado e sistematizado na literatura científica da área.

A escolha do método de pesquisa justifica-se pela necessidade do pesquisador em explorar “[...] profundamente um programa, um evento, uma atividade, um processo ou um ou mais indivíduos”⁶².

Quanto ao método/técnica, utilizou-se para a pesquisa em questão o estudo de caso, por ser tratar de uma “[...] estratégia de investigação em que o pesquisador explora profundamente um programa, um evento, uma atividade, um processo ou um ou mais indivíduos”⁶³. Alinhando-se o método/técnica de pesquisa ao ambiente de estudo, decidiu-se pelo ambiente natural. Segundo Creswell⁶⁴, “[...] os pesquisadores qualitativos tendem a coletar os dados no campo e no local em que os participantes vivenciam a questão ou problema que está sendo estudado”. Logo, esta pesquisa deu-se no contexto inerente dos participantes e não em uma situação artificial. No que se refere à técnica de coleta de dados, fez-se o uso da condução de entrevista, definida como um processo de interação entre duas pessoas, na qual o entrevistador tem por objetivo a obtenção de informações por parte do entrevistado⁶⁵. Para esta pesquisa foi aplicado como instrumento de coleta de dados roteiro de

entrevista estruturado, no qual as questões são direcionadas e estabelecidas e seguem um roteiro previamente estabelecido⁶⁶.

A técnica de análise de dados é o cerne da pesquisa qualitativa, cuja função é desenvolver a teoria, servindo de decisão sobre quais dados serão trabalhados. Para esta pesquisa utilizou-se a codificação, classificada com uma das mais aplicadas quando os dados resultam de entrevistas de grupos focais ou de observações⁶⁷.

3. Resultados e Discussão

A amostra foi composta de 22 indivíduos de ambos os sexos, maiores de 18 anos residentes em Brasília, em razão desta cidade encontrar-se em 12º lugar do *ranking* das Unidades da Federação com maior taxa de detecção, taxa de mortalidade e percentual de categoria de exposição, segundo município de residência⁶⁸. Foram considerados elegíveis para participarem do estudo os indivíduos que cumpriram os seguintes critérios: 1) ter tido relações sexuais pelo menos uma vez na vida; 2) ter 18 anos ou mais; 3) assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

A análise dos dados pontuou que a faixa etária de 18,8% das mulheres possui entre 18 a 24 anos; 31,3%, entre 25 a trinta e 34 anos; e 25% entre 35 a 49 anos de idade e 25%, entre 50 e 70 anos de idade, enquanto que a maioria dos homens entrevistados tinha entre vinte e cinco e 34 anos, totalizando o percentual de 66,7%. Com o percentual de 16,7% concentram-se os homens com a faixa etária de 18 a 24 anos e com o mesmo percentual dos que possuem entre 35 e 49 anos.

Em termos de uso do preservativo, por faixa etária, verifica-se que 40,9% dos indivíduos da amostra referiram que usam raramente ou nunca usaram preservativo, destes 77,7% estão na faixa etária de 18 a 34 anos. Entre as mulheres 37,5% relataram que usam raramente ou nunca usaram preservativo, deste total, 66,6% estão na faixa etária de 18 a 34 anos. No Brasil, ressalta-se que a maior concentração dos casos de aids está nos indivíduos com idade entre 25 e 39 anos para ambos os sexos. Destaca-se que a taxa de detecção de aids entre homens jovens de 20 a 24 anos dobrou nos últimos 10 anos, passando de 15,9 casos em 2006 para 33,1 casos/100 mil habitantes em 2015⁶⁹, o que está diretamente associado às práticas sexuais desprotegidas.

Em relação à cor ou raça, 68,8% das mulheres se autodeclararam pardas; 25%, brancas e; 6,3%, da cor preta. Em relação aos homens 33,3% se autodeclararam pardos e com o mesmo percentual da cor branca; 16,7%, indígenas e 16,7%, amarelos.

Quanto ao grau de escolaridade, observa-se que há uma proporção maior de entrevistados com nível superior, entretanto somente homens possuem nível superior completo com um percentual de 66,7%; ao passo que nenhuma mulher o possui. Tem-se que 53,3% das mulheres possuem nível superior incompleto; e 33,3% dos homens. Do total de mulheres 12,5% possuem nível médio completo e com o mesmo percentual, nível médio incompleto. Com o percentual de 6,3% tem-se entrevistadas com ensino fundamental completo e 12,6%, com ensino fundamental incompleto. Estes indicadores de escolaridade revelam desigualdade de gênero estruturantes e sociais, assim como a divisão sexual do trabalho⁷⁰, na qual as mulheres face aos múltiplos papéis que desempenham e “[...] as responsabilidades pela vida doméstica, sobretudo a criação dos filhos”⁷¹ e outros serviços não remunerados impactam o menor acesso à educação, “[...] ao tempo livre e a renda”⁷², resultando posições diferentes que homens e mulheres ocupam na sociedade capitalista.

No que concerne ao estado civil, considera-se que dos homens 50% estão casados ou vivem com companheira; 33,3% são solteiros e 16,7% são divorciados. Em se tratando das mulheres a maioria está casada atualmente ou vivem com um companheiro, totalizando 56,3%; nas categorias separadas ou divorciadas, soma-se 18,8% e 25% são solteiras. Verifica-se que 37,5% mulheres que responderam não usar preservativo ou usavam raramente todas são casadas ou vive com companheiro. Os fatores referentes à não adesão ao uso do preservativo das mulheres em relações estáveis está na falta de controle sobre as relações sexuais, na obrigação marital e nas relações sexuais forçadas sem consentimento ou por medo. Seria, então, o casamento e as relações estáveis um componente da subordinação feminina incluindo a esfera sexual, conforme a percepção de Delphy⁷³?

Os relatos a seguir apontam a subserviência de gênero, os valores machistas, a falta de poder na negociação do preservativo e a dificuldade de intervir na própria relação sexual. A dependência afetiva e muitas vezes a financeira potencializam a vulnerabilidade feminina ao não exigir o uso do preservativo, por poder significar a perda do parceiro ou pelo medo de sofrer violência sexual, como pode ser observado:

Meu parceiro não gosta da camisinha masculina⁷⁴.

Com a camisinha ele não segura ereção⁷⁵.

Porque meu marido não gosta. Ele tem medo de botar e broxar⁷⁶.

Ah, se eu falar não, o que ele vai achar? Ele não vai me querer⁷⁷.

Se o homem não quer camisinha, então não se usa⁷⁸.

Estou com medo de perder, então vou ter relação com ele⁷⁹.

A pessoa fica com medo de ser agredida, de ser estuprada. Ela aceita. A maioria aceita⁸⁰.

“Tem camisinha?” Aí a pessoa fala que tem, mas, chegando lá, fecha a porta, cadê a camisinha? Não aparece. A maioria das vezes, estupra⁸¹.

Denota-se que a vulnerabilidade individual, de gênero constitui uma realidade de mulheres na sociedade heteronormativa. Neste sentido, as expectativas conjugais, com base no referencial de gênero, também se aliam à permanência das mulheres em situações de violência e de submissão sob a alegação das expectativas amorosas e de resgate de relações conjugais e de intimidade idealizadas⁸²⁻⁸³.

Do total de mulheres que frequentemente usam preservativos 60% nunca foram casadas. Das mulheres entrevistadas, tem-se que a motivação para o uso do preservativo centraliza-se mais como método contraceptivo do que preventivo na contracepção do que prevenção de doenças e no autocuidado.

A esmagadora maioria dos homens declarou não ter usado preservativo na primeira relação sexual; 83,3% e as mulheres também apresentam um alto percentual de não uso de aproximadamente 60%. No que diz respeito ao uso regular do preservativo, 25% das mulheres usam-no raramente; 12,5% nunca o usaram; e 31,3% às vezes o utilizam, apontando que cerca de 70% da amostra feminina não tem como prática de sexo seguro o uso do preservativo. Em se tratando dos homens, 33,3% relataram nunca usar o preservativo; 16,7% raramente usam; 33,3% às vezes o utilizam; logo 83,3% dos indivíduos do sexo masculino não usam preservativo em suas práticas sexuais, apontando o modelo de dominação de gênero na prática sexual, a subordinação das mulheres ao sexo inseguro, o que impacta no risco acrescido de contrair IST e, no caso das mulheres, este risco é aumentado, tendo em vista sua anatomia sexual, em que são receptoras do ato sexual, e o sexo sem preservativo facilita a infecção⁸⁴.

Este achado corrobora os dados da Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira⁸⁵ de que 99% das mulheres declararam história prévia relacionada às IST. Portanto, mesmo com o desenvolvimento de novos métodos diagnósticos e novas

terapias, as infecções sexualmente transmissíveis continuam sendo um grave problema de saúde coletiva, com grande impacto socioeconômico e psicológico no mundo⁸⁶.

Ao correlacionar-se o não uso do preservativo e a percepção de risco de se infectar com o vírus da aids, tem-se que entre aqueles que relataram usar preservativo raramente ou nunca usam 55,6% relataram que na sua opinião seu risco de contrair HIV é pouco ou nenhum. Entre as mulheres percebe-se que aquelas que relataram usar preservativo raramente ou nunca usarem, 50,0% relataram que na sua opinião seu risco de contrair HIV é pouco ou nenhum. Estes achados corroboram a percepção de que o HIV/aids é percebido como uma doença do outro e não de todos, tendo em vista as raízes históricas da epidemia⁸⁷ ao considerar uma doença de grupos populacionais mais vulneráveis à infecção pelo HIV, tais como: os usuários de drogas injetáveis (UDI), os homens que fazem sexo com outros homens (HSH) e os profissionais do sexo (PS). Logo, constata-se no consciente coletivo de que as mulheres por não fazerem parte da população mais vulnerável estariam imunes, fora do contexto de risco de adquirir o vírus da imunodeficiência humana. Este fator, ainda, é potencializado quando se trata de mulheres em relacionamentos estáveis, em que a afetividade e o amor estão presentes. Posto que, na concepção de Silva, Lopes e Vargens⁸⁸ “[...] o casamento é destacado pelas mulheres como fator de proteção a doença. O casar para as mulheres representa amor, fidelidade, respeito, confiança e cumplicidade”. Portanto, chama atenção a falta de percepção das mulheres em ver em si mesmas sujeitos em risco de contrair o HIV pelo simples fato de serem mulheres.

Ademais, observa-se que os entrevistados quando indagados se o uso de álcool ou drogas pode fazer com que as pessoas transem sem usar camisinha; estes declaram que de fato o uso de entorpecentes é um fator exponencial de comportamento sexual de risco em relação à infecção do HIV e outras IST para 100% dos homens e 87,5% das mulheres. Tendo em vista que o álcool exerce um efeito modulador sobre práticas sexuais, com inegável prejuízo para a adoção de comportamentos seguros⁸⁹.

Em termos de práticas sexuais, 100% da amostra declaram ter tido relações sexuais na vida. Em termos de parceria, 68,8% das mulheres tiveram mais de um parceiro na vida e 31,3%, de mais dez parceiros na vida, em relação aos homens 100% da amostra já tiveram mais de dez parceiros na vida. Logo, múltiplas parcerias foram relatadas com maior frequência pelo sexo masculino, apontando maior intimidade do homem com seu prazer sexual e a liberdade do seu exercício⁹⁰. Os relatos que seguem corroboram esta premissa:

*O homem é o garanhão de todos*⁹¹.

*O homem já tem isso que os machistas dizem: homem pode, mulher não*⁹².

Quando questionados sobre a sua prática sexual, 93% da amostra feminina declarou fazer sexo só com homens; 7% fazem sexo com homens e mulheres; 83,3% dos homens possuem práticas heterossexuais; 16,7% fazem sexo com homens. No que se refere a relação homoafetivas, essa prática é mais frequente entre a faixa etária de 25 a 34 anos.

Em se tratando do teste do HIV, 50% das entrevistadas responderam que já realizaram o teste alguma vez na vida; 37,5% não fizeram e 2,5% não responderam. Em relação aos homens, 66,7% já fizeram o teste do HIV e 33,3% não. Em relação ao resultado do último teste para Aids, 100% sabiam o resultado. Destes a totalidade da amostra afirmaram que o resultado do teste foi negativo.

No Brasil, as estratégias de prevenção têm como orientação o incentivo ao sexo mais seguro, isto é, a adoção de medidas relacionadas à promoção do uso em todas as relações sexuais e a disponibilização do acesso ao diagnóstico acompanhado do aconselhamento pré e pós-teste do HIV. Todavia, apesar dos esforços do Ministério da Saúde em: (I) promover campanhas de testagem, visando a ampliação do diagnóstico do HIV; (II) elaborar normas e protocolos nacionais; e (III) articular com a sociedade civil em estratégias de mobilização social de incentivo à testagem⁹³, nesta amostra observa-se que a testagem regular do HIV e outras IST ainda não acontecem. Portanto, sensibilizar a população sobre a importância da testagem como autocuidado em saúde e estratégias pessoais de redução de riscos para si e seus parceiros é um desafio da política pública nacional.

No que se refere ao conhecimento sobre as estratégias de prevenção, observou-se que todos os homens concordaram que uma pessoa com aparência saudável poderia ser portadora de HIV, porém 18,8% entre as mulheres não sabiam desta evidência. Em relação a exposição ao vírus do HIV, as mulheres também têm menos conhecimento que os homens: apenas 56,3% das mulheres sabiam que picada de mosquito não poderia infectar com o vírus da aids, enquanto 83,3% dos homens tinham este conhecimento; todos os homens concordavam que a infecção do vírus poderia ser transmitida em relação sexual desprotegida e haviam mulheres sem este conhecimento (6,3%). Os métodos de prevenção do HIV são mais desconhecidos

entre as mulheres: 81,3% não sabia o que era camisinha; 93,8% das mulheres desconhecia a Profilaxia Pré-Exposição, enquanto esta proporção entre os homens foi de 66,7%; a Profilaxia Pós-exposição era desconhecida para 75% das mulheres e apenas 50% entre os homens. Portanto, destaca-se que as mulheres apresentam menor conhecimento das estratégias de prevenção do HIV, somado a uma percepção de risco menor da aids do que os homens, justamente por terem menos conhecimento sobre o assunto⁹⁴, o que conseqüentemente contribui para o aumento da sua vulnerabilidade diante deste agravo.

Neste sentido, faz-se necessário aprimorar estratégias inovadoras de comunicação, por meio de múltiplas linguagens que se relacionem com a diversidade de expressões femininas, e que considere sua vulnerabilidade social, econômica e política em que as mulheres estão envolvidas, objetivando ampliar os níveis de conhecimento sobre as estratégias de prevenção disponíveis no Sistema Único de Saúde – SUS, direcionadas de forma adequada às mulheres. Posto que, a recuperação e uso da informação em saúde é uma ferramenta de enfrentamento da epidemia do HIV/aids.

4. Considerações finais

Diante dos achados apresentados, conclui-se que há uma desigualdade de gênero referente ao conhecimento sobre o HIV e estratégias de prevenção combinada, o que proporciona um aumento na situação de vulnerabilidade à infecção pelo HIV e outras IST entre as mulheres. Ademais, detectou-se baixa frequência do uso do preservativo entre mulheres inferindo a predominância do poder do homem sobre a mulher, inclusive nas práticas sexuais seguras. É neste contexto que as relações assimétricas de gênero e poder tornam as mulheres mais suscetíveis ao HIV/aids.

Portanto, é mister ampliar políticas públicas específicas para mulheres e dirigidas ao enfrentamento da epidemia entre mulheres, partindo das interseccionalidades que as deixam mais vulneráveis à infecção pelo HIV e são geradoras de desigualdades e de exclusão, que está na base da suscetibilidade à infecção.

No contexto apresentado, é fundamental promover atividades educativas que abarque informações completas, adequadas às mulheres e reflexivas sobre prevenção, sexualidade e direitos sexuais das mulheres. É mister disponibilizar de informações com valor agregado que atendam às necessidades informacionais do usuário e satisfaçam as suas expectativas, posto

que Borges et al.⁹⁵ revelam que a produção de sentido possui caráter social e coletivo, produto de uma cultura compartilhada, construtos sociais; os sujeitos categorizam e processam informações em diferentes contextos. Observa-se, então, uma perspectiva mais socializante⁹⁶, na qual a informação só tem sentido quando integrada ao contexto social do indivíduo⁹⁷.

Logo, deve-se considerar a abordagem de prevenção e autocuidado que valorizem os aspectos socioculturais das práticas sexuais e a perspectiva de prevenção orientadas pelo quadro de suscetibilidade feminina e dos direitos humanos.

Soma-se a inevitabilidade de aumentar ações nos serviços de saúde, nas escolas, e outros espaços públicos, ampliar o apoio das Organizações não governamentais para maximizar os níveis de conhecimento das mulheres sobre as estratégias combinadas de prevenção, de saúde sexual e de saúde reprodutiva, para o acolhimento de demandas em direitos humanos, educação e promoção em saúde, assistência social, e para proteção.

Recomenda-se acrescer a disseminação do uso do preservativo feminino e diversificar os locais de sua dispensação; bem como a possibilidade das mulheres experimentá-lo, nos serviços de saúde no próprio, corpo com supervisão durante a consulta ginecológica, na qual a interessada pudesse dialogar sobre suas dúvidas e resolver dificuldades iniciais com o insumo⁹⁸, esta estratégia proporcionaria um método de dupla proteção sob o controle feminino, o que por sua vez interfere nas relações assimétricas de gênero, ao empoderar a mulher face à prevenção do HIV/Aids.

O atendimento humanizado no serviço de saúde às mulheres proporcionando um atendimento customizado, reconhecendo-a como um ser autêntico, histórico, dotado de singularidades e valores tem papel relevante na redução da vulnerabilidade feminina face aos padrões hegemônicos da masculinidade.

Portanto, somente a partir do momento em que as mulheres se sentirem no direito de agir como partícipes igualitárias no exercício da prática sexual, não somente como um objeto, mas sim, como sujeitos terão o poder de negociar comportamentos sexuais seguros e desta forma, oportunizarão estratégias capazes de mudar suas histórias e farão que vozes diferentes sejam ouvidas.

5. REFERÊNCIAS

- ¹ UNAIDS. Global aids update, 2016. Disponível em: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-update-2016_en.pdf.
- ² BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais (DDAHV). Boletim Epidemiológico. Brasília: Ministério da Saúde. 2015. 4(1).
- ³ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais (DDAHV). Boletim Epidemiológico. Brasília: Ministério da Saúde. 2016. 4(1).
- ⁴ UNAIDS. WHEN WOMEN LEAD CHANGE HAPPENS Women advancing the end of AIDS, 2017. Disponível em: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/when-women-lead-change-happens_en.pdf.
- ⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais (DDAHV). Boletim Epidemiológico. Brasília: Ministério da Saúde. 2016. 4(1).
- ⁶ BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais (DDAHV). Plano Integrado de enfrentamento da feminização da Epidemia de Aids e outras DST. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
- ⁷ GIFFIN, K. M. Pobreza, Desigualdade e Equidade em Saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2002. 18 (supl.) p. 103-112.
- ⁸ OKIN, S. Gênero, o público e o privado. Estudos feministas. Florianópolis. maio/ago. 2008. 16(2). p.440.
- ⁹ GILLIGAN, C. In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development. Cambridge: Harvard; 1982.
- ¹⁰ CRENSHAW, K. Documento para o Encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. Estudos Feministas. Rio de Janeiro. 2002. 10(1). p. 171-187.

- ¹¹ BIROLI, F; MIGUEL L. F. Gênero, raça, classe: opressões cruzadas e convergências na reprodução das desigualdades. *Mediações – Revista de Ciências Sociais*. Londrina. 2015. 20(2).
- ¹² BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais (DDAHV). Plano Integrado de enfrentamento da feminização da Epidemia de Aids e outras DST. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
- ¹³ TAQUETTE, S. Aids e Juventude: gênero, classe e raça. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2009.
- ¹⁴ SZWARCOWALD, C. L. et al. The relationship of illicit drug use to HIV infection among commercial sex workers in the city, of Santos, São Paulo, Brasil. *Iny J Drug Policy* 1998. 9. p. 427-436.
- ¹⁵ BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais (DDAHV). Plano Integrado de enfrentamento da feminização da Epidemia de Aids e outras DST. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- ¹⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais (DDAHV). *Boletim Epidemiológico*. Brasília: Ministério da Saúde. 2016. 4(1).
- ¹⁷ HOOKS, B. *Feminist theory: from margin to center*. Boston: South End Press; 1984.
- ¹⁸ TAQUETTE, S. Aids e Juventude: gênero, classe e raça. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2009.
- ¹⁹ RODRIGUES, J. F. S. Globalização, pobreza e gênero: as faces da miséria feminina. *Gênero em pesquisa*. Uberlândia. 2000. 16. p. 5-7.
- ²⁰ CRENSHAW, K.. Documento para o Encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Revista Estudos Feministas*. Rio de Janeiro. 2002. 10(1). p. 171-187.
- ²¹ BIROLI, F. Divisão Sexual do trabalho e Democracia. *Revista de Ciências Sociais*. Rio de Janeiro. 2016. 59(3). p.71-681.
- ²² BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais (DDAHV). *Boletim Epidemiológico*. Brasília: Ministério da Saúde. 2016. 4(1).
- ²³ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais (DDAHV). *Boletim Epidemiológico*. Brasília: Ministério da Saúde. 2016. 4(1).

- ²⁴ BIROLI, F. Divisão Sexual do trabalho e Democracia. *Revista de Ciências Sociais*. Rio de Janeiro. 2016. 59(3). p.71-681.
- ²⁵ TAQUETTE, S. *Aids e Juventude: gênero, classe e raça*. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2009
- ²⁶ CRENSHAW, K.. Documento para o Encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Revista Estudos Feministas*. Rio de Janeiro. 2002. 10(1). p. 171-187.
- ²⁷ COLLINS, P. H. Intersectionality's definitional dilemmas. *Annual Review of Sociology*. Palo Alto. 2015. 41. p. 1-20.
- ²⁸ PINHEIRO, T. CALAZANS, G; AYRES, JR. Uso da camisinha no Brasil: um olhar sobre a produção acadêmica acerca da prevenção de HIV/aids (2007/2011). *Temas em Psicologia*. 2013. 21(3). p. 815-836.
- ²⁹ BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais (DDAHV). Plano Integrado de enfrentamento da feminização da Epidemia de Aids e outras DST. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- ³⁰ BIROLI, F; MIGUEL L. F. Gênero, raça, classe: opressões cruzadas e convergências na reprodução das desigualdades. *Mediações – Revista de Ciências Sociais*. Londrina. 2015. 20(2). p. 46.
- ³¹ TAQUETTE, S. *Aids e Juventude: gênero, classe e raça*. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2009
- ³² SAMPAIO, J. et al. Ele não quer com camisinha e eu quero me prevenir: exposição de adolescentes do sexo feminino às DST/aids no semi-árido nordestino. *Saúde soc*. 2011. 20(1). p.171-181.
- ³³ TAQUETTE, S. *Aids e Juventude: gênero, classe e raça*. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2009. p. 30.
- ³⁴ TAQUETTE, S. *Aids e Juventude: gênero, classe e raça*. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2009. p. 74.
- ³⁵ JEFFREYS, S. *The grip of culture on the body*. New York: Routledge; 2005. *Beauty and misogyny: harmful cultural practices in the West*. p. 5-27.
- ³⁶ BARTKY, 1990, apud JEFFREYS, S. *The grip of culture on the body*. New York: Routledge; 2005. *Beauty and misogyny: harmful cultural practices in the West*. p. 5-27.
- ³⁷ GRAHAM, 1994, apud JEFFREYS, S. *The grip of culture on the body*. New York: Routledge; 2005. *Beauty and misogyny: harmful cultural practices in the West*. p. 5-27.

- ³⁸ FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal; 1984.
- ³⁹ SAMPAIO, J. et al. Ele não quer com camisinha e eu quero me prevenir: exposição de adolescentes do sexo feminino às DST/aids no semi-árido nordestino. *Saúde soc.* 2011. 20(1). p.171-181.
- ⁴⁰ TAQUETTE, S. *Aids e Juventude: gênero, classe e raça*. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2009
- ⁴¹ VILELA, W.; ARILHA, M. Sexualidade, gênero e direitos sexuais e reprodutivos. In: BERQUÓ, E. (org). *Sexo & Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil*. Campinas: Editora da Unicamp; 2003, p. 95-150.
- ⁴² SAMPAIO, J. et al. Ele não quer com camisinha e eu quero me prevenir: exposição de adolescentes do sexo feminino às DST/aids no semi-árido nordestino. *Saúde soc.* 2011. 20(1). p.171-181.
- ⁴³ PATEMAN, C. *O contrato sexual*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1993. p. 21.
- ⁴⁴ CRENSHAW, K. Documento para o Encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Revista Estudos Feministas*. Rio de Janeiro. 2002. 10(1). p. 171-187.
- ⁴⁵ FRIEDAN, Betty. *A Mística Feminina*. Petrópolis: Vozes; 1971.
- ⁴⁶ TAQUETTE, S. *Aids e Juventude: gênero, classe e raça*. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2009. p. 12.
- ⁴⁷ BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais (DDAHV). *Plano Integrado de enfrentamento da feminização da Epidemia de Aids e outras DST*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p. 12.
- ⁴⁸ TAQUETTE, S. *Aids e Juventude: gênero, classe e raça*. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2009.
- ⁴⁹ LIMA, M.; SCHRAIBER, L. *Violência e Outras Vulnerabilidades de Gênero em Mulheres Vivendo com HIV/Aids*. *Temas Psicol.* Ribeiro Preto. 2013. dez. 21(3).
- ⁵⁰ DURKHEIM, E. *As regras do método sociológico*. São Paulo: Editora Nacional; 1973.
- ⁵¹ MIGUEL, L. F. Política de interesses, política de desvelo: representações e singularidade feminina. *Revista Estudos Feministas*. 2001. 9(1). p. 253-67.
- ⁵² SAMPAIO, J. et al. Ele não quer com camisinha e eu quero me prevenir: exposição de adolescentes do sexo feminino às DST/aids no semi-árido nordestino. *Saúde soc.* 2011. 20(1). p.171-181.

- ⁵³ OKIN, S. Gênero, o público e o privado. Estudos feministas. Florianópolis. maio/ago. 2008. 16(2). p.440
- ⁵⁴ TAQUETTE, S. Aids e Juventude: gênero, classe e raça. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2009
- ⁵⁵ SCOTT, J.. Gênero: uma Categoria Útil de Análise Histórica. Educação e Realidade. 1995. Jul/dez. 20(2). 1995.
- ⁵⁶ TAQUETTE, S. Aids e Juventude: gênero, classe e raça. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2009
- ⁵⁷ KALCKMANN, S. Preservativo feminino e dupla proteção: desafios para os serviços especializados de atenção às DSTs e Aids. Temas psicol. Ribeirão Preto. 2013. Dez. 21(3).
- ⁵⁸ LIMA, M.; SCHRAIBER, L. Violência e Outras Vulnerabilidades de Gênero em Mulheres Vivendo com HIV/Aids. Temas Psicol. Ribeiro Preto. 2013. dez. 21(3).
- ⁵⁹ HOOKS, B. Feminist theory: from margin to center. Boston: South End Press; 1984.
- ⁶⁰ CRESWELL, J. W. Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Traditions. Thousand Oaks: SagePublications; 2010. p. 90.
- ⁶¹ COSTA, S. M. S. Metodologia da pesquisa: aspectos gerais. Brasília: UnB/CID, 2005
- ⁶² CRESWELL, J. W. Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Traditions. Thousand Oaks: SagePublications; 2010. p. 38.
- ⁶³ CRESWELL, J. W. Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Traditions. Thousand Oaks: SagePublications; 2010. p. 38.
- ⁶⁴ CRESWELL, J. W. Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Traditions. Thousand Oaks: SagePublications; 2010. p. 208.
- ⁶⁵ ALMEIDA, E.; SILVINO, F. Abordagem qualitativa e suas possibilidades de aplicação em pesquisas na linguística aplicada. Belo Horizonte, 2010. Disponível em: https://estagio3-2010-2.wikispaces.com/file/view/abordagem_qualitativa_em_dois_projetos_de_pesquisa_LA.pdf.
- ⁶⁶ KAUARK, F.; MANHÃES, F.C.; MEDEIROS, C.H. Metodologia da pesquisa: Guia Prático. Itabuna: Via Literarium; 2010.
- ⁶⁷ FLICK, U. Uma introdução à pesquisa qualitativa. 2.ed. Porto Alegre: Bookman; 2004.
- ⁶⁸ BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais (DDAHV). Boletim Epidemiológico, Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 4(1).

⁶⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais (DDAHV). Boletim Epidemiológico. Brasília: Ministério da Saúde. 2016. 4(1).

⁷⁰ SORJ, B. Arenas de cuidado nas interseções entre gênero e classe social no Brasil. Cadernos de Pesquisa. 2013. mai/ago. 43(149). p.478-491.

⁷¹ BIROLI, F. Divisão Sexual do trabalho e Democracia. Revista de Ciências Sociais. Rio de Janeiro. 2016. 59(3). p.71-681.

⁷² BIROLI, F. Divisão Sexual do trabalho e Democracia. Revista de Ciências Sociais. Rio de Janeiro. 2016. 59(3). p.71-681.

⁷³ DELPHY, C. L'Ennemi principal. Paris: Sylpese. 2013; Tome 01. L'Ennemi principal: économie politique du patriarcat. p. 31-52.

⁷⁴ KALCKMANN, S. Preservativo feminino e dupla proteção: desafios para os serviços especializados de atenção às DSTs e Aids. Temas psicol. Ribeirão Preto. 2013. Dez. 21(3). p. 8.

⁷⁵ KALCKMANN, S. Preservativo feminino e dupla proteção: desafios para os serviços especializados de atenção às DSTs e Aids. Temas psicol. Ribeirão Preto. 2013. Dez. 21(3). p. 8.

⁷⁶ SAMPAIO, J. et al. Ele não quer com camisinha e eu quero me prevenir: exposição de adolescentes do sexo feminino às DST/aids no semi-árido nordestino. Saúde soc. 2011. 20(1). p.175.

⁷⁷ TAQUETTE, S. Aids e Juventude: gênero, classe e raça. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2009. p. 70

⁷⁸ VIEGAS-PEREIRA, A. P. F. AIDS? Tô fora: um estudo com adolescentes em duas escolas de Belo Horizonte sobre os fatores que determinam o uso do preservativo na era da AIDS. ABEP. Encontro de Estudos Populacionais. Anais. Caxambu. 2000. 12. p. 19.

⁷⁹ TAQUETTE, S. Aids e Juventude: gênero, classe e raça. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2009. p. 274

⁸⁰ TAQUETTE, S. Aids e Juventude: gênero, classe e raça. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2009. p. 70

⁸¹ TAQUETTE, S. Aids e Juventude: gênero, classe e raça. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2009. p. 71

- ⁸² NEVES, A. S. Amor, poder e violências na intimidade. Os caminhos entrecruzados do pessoal e do político. Coimbra, Portugal: Quartetto; 2008.
- ⁸³ LIMA, M.; SCHRAIBER, L. Violência e Outras Vulnerabilidades de Gênero em Mulheres Vivendo com HIV/Aids. Temas Psicol. Ribeiro Preto. 2013. dez. 21(3).
- ⁸⁴ TAQUETTE, S. Aids e Juventude: gênero, classe e raça. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2009. p. 138.
- ⁸⁵ BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais (DDAHV). Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira/Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- ⁸⁶ HOLMES. K. et al. Sexually transmitted diseases. 3. Ed. New York: McGraw-Hill; 1999.
- ⁸⁷ SILVA C. M.; LOPES F. M. V. M.; VARGENS O. M. C. A vulnerabilidade da mulher idosa em relação à Aids. Rev Gaúcha Enferm. Porto Alegre. 2010. Set. 31(3). p. 450-457.
- ⁸⁸ SILVA C. M.; LOPES F. M. V. M.; VARGENS O. M. C. A vulnerabilidade da mulher idosa em relação à Aids. Rev Gaúcha Enferm. Porto Alegre. 2010. Set. 31(3). p. 454.
- ⁸⁹ BASTOS F. I. et al. Comportamento sexual e percepções sobre HIV/Aids no Brasil. Rev. Saúde Pública, [S.l.], São Paulo. 2008. 42 (Supl. 1). p. 1-2.
- ⁹⁰ TAQUETTE, S. Aids e Juventude: gênero, classe e raça. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2009.
- ⁹¹ TAQUETTE, S. Aids e Juventude: gênero, classe e raça. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2009. p. 72
- ⁹² TAQUETTE, S. Aids e Juventude: gênero, classe e raça. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2009. p. 72
- ⁹³ BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais (DDAHV). Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira/Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- ⁹⁴ SAMPAIO, J. et al. Ele não quer com camisinha e eu quero me prevenir: exposição de adolescentes do sexo feminino às DST/aids no semi-árido nordestino. Saúde soc. 2011. 20(1). p.171-181.
- ⁹⁵ BORGES, M. E. N. et. al. A Ciência da Informação discutida à luz das teorias cognitivas: Estudos atuais e perspectivas para a área. Cadernos Bad. 2004. 2. p.80-91.
- ⁹⁶ MARTINEZ-SILVEIRA M.; ODDONE N. Necessidades e comportamento informacional: Conceituação e modelos. Ci.Inf. Brasília. 2007. maio/ago. 36(1). p.118-127.

⁹⁷ FERREIRA, S. M. S. P. Novos paradigmas e novos usuários de informação. *Ciência da Informação*. Brasília. 1995. jan/abr. 25(2).

⁹⁸ KALCKMANN, S. Preservativo feminino e dupla proteção: desafios para os serviços especializados de atenção às DSTs e Aids. *Temas psicol.* Ribeirão Preto. 2013. Dez. 21(3).