

NEGOCIAÇÃO E PRÁTICA DE PREVENÇÃO DE DSTS/AIDS ENTRE UNIÕES INTER-RACIAIS E DE MESMA RAÇA EM UMA COMUNIDADE FAVELADA DE BELO HORIZONTE, MG

Júnia Quiroga
Cedeplar/UFMG

Resumo

O objetivo deste estudo é compreender como indivíduos estabelecem a negociação e prática de comportamento preventivo, enfatizando a influência do gênero e da composição racial da união nesse processo. Foram realizadas 40 entrevistas semi-estruturadas com homens e mulheres residentes em uma comunidade favelada quem mantêm uniões maritais estáveis racialmente endo e exogâmicas. Os resultados indicam fortes contrastes de gênero. A composição racial da união determina influencia a negociação sexual e o comportamento preventivo, mas não fica claro se – e como – atua sobre a negociação da prevenção. Encontrou-se que: a informação sobre HIV é ampla, mas o conhecimento sobre outras ISTs deve ser difundido; que os homens baseiam sua percepção de risco na categoria ‘confiança no parceiro’ enquanto as mulheres consideram tanto o seu comportamento como o do companheiro; que o baixo uso de preservativo está relacionado à perda da intimidade, à necessidade de interrupção da seqüência do ato sexual e à associação do mesmo à infidelidade; que a comunicação sobre (anti)concepção é mais freqüente que sobre prevenção.

Palavras-chave: DST/AIDS, prevenção, gênero.

INTRODUÇÃO

A proposta deste trabalho é discutir como se dão o processo de negociação e a prática de comportamento preventivo por parte de mulheres e homens heterossexuais que mantêm uniões maritais estáveis, civis ou consensuais, buscando enfatizar se - e como - gênero e composição racial da união permeiam esse processo. A tendência de pauperização da AIDS lança o desafio de se compreender vulnerabilidades específicas ao HIV que afetam as camadas mais pobres da população e justificou a decisão de realizar o estudo com indivíduos residentes em uma comunidade favelada. A tendência de heterossexualização da epidemia, por sua vez, impõe a necessidade de se compreender mais sobre como se estabelecem as relações de gênero entre os parceiros sexuais e justificou a decisão de estudar indivíduos de ambos sexos que mantinham, quando da entrevista, relacionamento estável com coabitação nos quais a negociação de prevenção apresenta maiores dificuldades.

Conforme criticado por Heise e Elias (1995) e Barbosa (1999), as principais frentes de combate à AIDS, à saber, redução do número de parceiros, promoção do uso de preservativos e tratamento de outras ISTs em populações em risco de contrair o HIV, não se adequam à realidade de um grande número de mulheres em função do pouco poder que têm para negociar a prática sexual. As alternativas apontadas concentram-se na necessidade de equilibrar as relações de poder entre os gêneros, promovendo o empoderamento feminino e sua habilidade de negociação das práticas sexuais e no desenvolvimento de um método de prevenção controlado pela mulher, como os microbicidas. Barbosa (1999) explora a temática da negociação sexual, destacando que essa negociação não se restringe à comunicação verbal e à discussão de práticas sexuais mais seguras. A autora defende que, analisada à luz da perspectiva construcionista de estudo da sexualidade, a negociação sexual ganha contornos mais fluidos, porém mais amplos, e inclui

quaisquer esferas da realidade dos indivíduos que influenciem a dimensão de poder dos jogos afetivo-sexuais. Algumas dessas esferas são as relações de gênero e as relações raciais.

Menções sobre a intervenção da dimensão racial no processo de negociação da prevenção ainda são pouco freqüentes na literatura produzida no Brasil. Chamar a atenção para esse fato é uma das contribuições deste artigo. Goldstein (1999) reclama da ausência geral de estudos que vinculem sexualidade e raça neste país, segundo ela, a falta desses estudos ajuda a ignorar o cotidiano brasileiro de erotização generificada, racializada e classista que comodifica os corpos femininos negros e os corpos masculinos brancos. O silêncio a esse respeito também ajuda a preservar a noção de que o Brasil é uma “democracia erótico-racial” (*color-blind erotic democracy*), termo que ela cunha tendo em vista que a pretensa democracia racial brasileira é explicada fundamentalmente pela existência e freqüência do sexo inter-racial no país.

No que diz respeito aos temas relacionados à AIDS, a escassez de trabalhos com enfoque racial justifica-se, entre outras coisas, pelo fato de o quesito raça só ter sido incluído na ficha de notificação de agravos do Ministério da Saúde em 2000 e dos resultados divulgados ainda serem preliminares, de maneira que não é possível conhecer a real distribuição de casos entre os grupos raciais. Alguma informação sobre a relação raça e negociação da prevenção foi produzida a partir de outras fontes de dados. Batista (2002) estudou o perfil de mortalidade de mulheres e homens pretos no estado de São Paulo sob uma perspectiva de gênero e raça e, dentre os seus achados está o de que homens e mulheres pretos morrem mais de aids do que os brancos. Possíveis explicações para tal são: a) a demora no diagnóstico dos pacientes negros, relacionada à baixa percepção de risco da população negra, que ainda associa a AIDS à imagem do homossexual branco de classe média e, b) a maior dificuldade das mulheres negras em negociar relações sexuais mais seguras, fator vinculado ao baixo status social que têm.

Lopes (2003) buscou compreender a vulnerabilidade à reinfeção e ao adoecimento de mulheres que vivem com HIV/AIDS no estado de São Paulo. Seu trabalho indica que mulheres negras estão mais expostas ao adoecimento e à reinfeção pelo HIV por não encontrarem, ou terem maior dificuldade de encontrar, estratégias de comunicação e de decisão sobre o autocuidado e a prevenção, ou seja, a maior vulnerabilidade antecede a infecção e a determina. Essa sugestão corrobora a idéia aventada pelo trabalho de Batista (2002) de que a negociação de relações sexuais mais seguras é mais difícil para essas mulheres, aumentando a sua vulnerabilidade à infecção.

Este trabalho busca seguir as sugestões desses autores e aprofundar na compreensão das relações raciais que se estabelecem entre os parceiros, tendo em vista sua semelhança ou diferença racial, e na interação desse fator com o processo de negociação. Estudos sobre essa interação não foram realizados no Brasil e são pouco freqüentes internacionalmente. O único estudo que localizei é de abordagem quantitativa e tenta estabelecer a importância de diversas características das parcerias sexuais para o uso do preservativo e outros métodos de contracepção entre adolescentes americanos. Sua hipótese é de que a maior similaridade entre os parceiros facilita a negociação e leva ao maior uso dos métodos, o que não se verificou com respeito à raça visto que parcerias inter-raciais apresentaram maior uso dos métodos (Ford, Sohn e Lepkowski, 2001). Os autores não oferecem nenhuma tentativa de explicação para esse fato, mas pode-se especular que uniões racialmente diferentes, particularmente em sociedades racistas, exijam um maior grau de comunicação entre os parceiros desde o estabelecimento da união. Por outro lado, essa explicação não parece plausível quando se considera que as principais hipóteses para a ocorrência de uniões exogâmicas estão fundamentadas na erotização da mulher negra e na possibilidade de ascensão social pela mulher branca (Moutinho, 2001).

Dentro desse contexto, este trabalho visa contribuir para ampliar o conhecimento sobre a negociação da prevenção entre parcerias inter-raciais, e de mesma raça, no âmbito de relações estáveis em uma comunidade favelada do município de Belo Horizonte.

MÉTODOS

Abordagem qualitativa, fazendo uso da técnica de entrevistas em profundidade. Os informantes foram mulheres e homens residentes na Vila Barreirinhas, uma comunidade favelada de Belo Horizonte, que viviam em união marital heterossexual, consensual ou formal, quando da realização da entrevista. Buscou-se que o grupo entrevistado incluísse tanto indivíduos que percebem sua união como racialmente endogâmica como aqueles que consideram estar unidos a uma pessoa de outra raça. Não foram entrevistados membros da mesma parceria pelo temor que isso inibisse os participantes de compartilhar informações relevantes, portanto, os dados permitem a comparação dos pontos de vista de homens e mulheres, mas não o contraste do depoimento de cônjuges.

Para escolher a comunidade estabeleci contatos com associações de moradores, visitei algumas vilas, e considerei vários aspectos que poderiam beneficiar ou limitar o trabalho de campo em cada localidade, fundamentalmente a solidez dos contatos e a segurança da região.

Vila Barreirinhas tem aproximadamente 2.500 habitantes e está localizada há 15 minutos do centro de Belo Horizonte. A comunidade conta com abastecimento de água, energia elétrica, duas linhas de ônibus, escolas e centro de saúde. Seus aspectos mais precários são a estrutura de lazer, limitada a um campo de futebol e vários bares, e as condições das residências, caracterizadas pela baixa qualidade da construção e pelo pequeno número de cômodos. O compartilhamento de um único dormitório entre o casal e os filhos é freqüente e a ausência de banheiro no domicílio foi reportada por dois entrevistados.

Entre janeiro e julho de 2004, foram conduzidas quarenta entrevistas em profundidade, semi-estruturadas em torno de um roteiro que tratou dos seguintes tópicos: informações sociodemográficas, vida a dois, cuidados a saúde, sexualidade e percepções sobre sexualidade e raça. Um pesquisador homem entrevistou os homens e eu entrevistei as mulheres, ambos somos brancos, temos o mesmo nível educacional e experiência em pesquisa similar.

Os informantes foram recrutados na vizinhança, pelo presidente da associação comunitária; no posto de saúde, por mim, enquanto os pacientes estavam na sessão de acolhimento; ou foram indicados por outros participantes. Aproximadamente o mesmo número de entrevistas derivou de cada uma das formas de recrutamento. Os informantes expressaram satisfação por participar da pesquisa tanto pela chance de discutir assuntos raramente tematizados em suas vidas, como por terem se sentido valorizados pela importância que a entrevista deu às suas experiências. Dentre os convidados que se negaram a conceder a entrevista, a maioria alegou que não gosta de falar sobre sua vida conjugal. Nenhuma informação foi coletada sobre esses indivíduos de maneira que não é possível esboçar a sua caracterização.

Os depoimentos foram gravados, tiveram a duração média de 90 minutos e, em sua maioria, ocorreram na residência dos entrevistados. Uma vez transcritas, as entrevistas foram sistematizadas em amplas categorias de interesse e logo codificadas fazendo uso do programa de análise de dados qualitativos QSR-N6. Neste artigo utiliza-se apenas uma parte do extenso material produzido, focalizando em comunicação marital e negociação da prevenção, ISTs e AIDS. As entrevistas foram agrupadas por gênero e composição racial da união buscando-se perceber como as dimensões selecionadas variam segundo essas categorias.

O agrupamento dos documentos segundo a composição racial da união foi feito a partir da autoclassificação racial do entrevistado e da maneira como ele classifica o seu parceiro, ou seja, utilizou-se a percepção do entrevistado sobre a natureza endo ou exogâmica de sua união. Em

algumas entrevistas não houve coerência entre as informações que o entrevistado deu quando lhe foi perguntada a sua cor ou raça e a identidade racial que evidenciou ao longo de seu discurso, nesses casos, utilizei a identidade evidenciada para agrupar a entrevista entre os seus pares. Um exemplo dessa reclassificação é o da entrevistada Letícia que classificou como pardos a ela e ao marido, mas que ao longo da entrevista mostrou que na verdade ela os percebe como brancos. Falas como a que se segue auxiliaram na reclassificação: “eu já fui casada com três homens brancos nunca tive um negro não. Não tenho nenhum preconceito não(...), mas eu prefiro assim da minha cor mesmo né, não sei não”.

O projeto desta pesquisa foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (COEP/UFMG). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, elaborado à luz da resolução 196/96, foi lido e assinado antes das entrevistas. Buscando resguardar a confidencialidade das informações, a comunidade e os entrevistados são referidos, neste artigo, por nomes fictícios.

RESULTADOS

Caracterização dos Entrevistados

Os entrevistados, 20 mulheres e 20 homens, tinham, no momento da entrevista, entre 25 a 38 anos (mulheres) e 25 a 48 anos (homens). Na maioria dos casos o homem é até 4 anos mais velho que sua parceira, padrão que não se verifica em apenas seis casos. A religião predominante é a católica, a maior parte dos entrevistados está unida há mais de 7 anos, tem pelo menos um filho com o parceiro atual e faz uso de algum método contraceptivo, os mais freqüentes sendo a laqueadura (13), a pílula (12) e o preservativo masculino (7). A maioria das mulheres e homens entrevistados completou de cinco a oito anos de educação formal. No que diz respeito à inserção no mercado de trabalho, predomina o exercício de ocupações de baixa especialização, com alto nível de informalidade legal. Os homens entrevistados, bem como os parceiros das mulheres

entrevistadas, trabalham, em geral, no setor de construção civil ou como vigilantes. Embora muitas mulheres entrevistadas exerçam atividades remuneradas como a de empregada doméstica, ou a confecção e venda de artesanato, grande parte delas declarou sua ocupação principal como dona de casa, dado que sugere a baixa valorização de sua colaboração na manutenção do domicílio.

A maioria dos entrevistados (17 casos) declarou ser negra e viver em união endogâmica. Quatro informantes se declararam brancos em união endogâmica. Dentre os dezenove restantes, predomina o padrão exogâmico em que a mulher é o elemento escuro do casal (Quadro 1).

Quadro 1: Perfil dos entrevistados segundo sexo, raça e classificação racial da união – Vila Barreirinhas, 2004.

	União Endogâmica		União Exogâmica		Total	
	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem
Negro(a)	7	10	8	4	15	14
Branco(a)	2	2	3	4	5	6
Total	9	12	11	8	20	20

A maioria negra entre os entrevistados, mesmo que não intencionalmente buscada, condiz com a sabida sobrerrepresentação negra nas populações mais pobres (IBGE, 2002), por outro lado, há que se chamar a atenção para a possibilidade, comum a todas as pesquisas que coletam a informação racial, de as características raciais do entrevistador influenciarem na classificação do entrevistado. Afinal, conforme sugere Schwartz (1999:229) “a identificação racial é quase uma questão relacional no Brasil: varia de indivíduo para indivíduo, depende do lugar, do tempo e do próprio observador. Quanto mais claro aquele que pergunta, mais ‘escura’ pode ser a resposta, e vice-versa. O mesmo entrevistado alterará sua formulação tendo em mente a pessoa – a cor e a posição social e cultural - que faz a questão”. No caso desta pesquisa, o fato de ambos

entrevistadores sermos brancos pode ter influenciado alguns informantes a se declararem mais escuros que do que o fariam normalmente, em função da comparação com a nossa cor de pele.

Embora tenha se optado pelo não pareamento de casais, as parceiras dos homens entrevistados têm o mesmo perfil sociodemográfico das mulheres entrevistadas, a mesma analogia é válida para os homens entrevistados e os parceiros das entrevistadas. Uniões interracialis e de mesma raça apresentam um perfil sociodemográfico homogêneo, sem a presença de contrastes marcantes nas características selecionadas (Tabela 1).

Tabela 1: Perfil dos entrevistados segundo sexo, composição racial da união e características selecionadas. Vila Barreirinhas, 2004.

Característica	Homens ¹				n	Mulheres ¹				n	n total
	Composição racial da união					Composição racial da união					
	Endogâmica negra	Endogâmica branca	Exogâmica mulher negra	Exogâmica mulher branca		Endogâmica negra	Endogâmica branca	Exogâmica mulher negra	Exogâmica mulher branca		
Composição Racial da União											
Endogâmica negra	10				10	7				7	17
Endogâmica branca		2			2		2			2	4
Exogâmica mulher negra			4		4			8		8	12
Exogâmica mulher branca				4	4				3	3	7
Grupo etário											
25-29	3	1	1		5	2	1	3		6	11
30-34	1	1		1	3	5	1	2	2	10	13
35-39	1		2	2	5			3	1	4	9
40-44	3		1		4					0	4
45-49	2			1	3					0	3
Anos de estudo											
0	1			1	2					0	2
1-4	2				2		1	5	1	7	9
5-8	7	1	3	2	13	7		2	2	11	24
9+		1	1	1	3		1	1		2	5
Religião											
Católica	6	1	1	2	10	4	1	1	1	7	17
Evangélica	1	1	2	2	6	2		3		5	11
Outras ²	2		1		3		1	2		3	6
Nenhuma	1				1	1		2	2	5	6
Duração da união (anos)											
<2	1	1			2	1				1	3
3-6	2		1	2	5	2	1		1	4	9
7+	7	1	3	2	13	4	1	8	2	15	28
Filhos com parceiro(a) atual											
Sim	9	1	4	3	17	6	1	8	3	18	35
Não	1	1		1	3	1	1			2	5
Contraceptivo atual											
Laqueadura	3		3	1	7	2		3	1	6	13
Pílula	5			2	7	2	1	1	1	5	12
Preservativo masc.	1	1	1		3	1	1	2		4	7
Outros ³	1				1	1		2	1	4	5
Nenhum		1		1	2	1				1	3

¹ N = 20 ; ² Inclui espíritas, candomblecistas e mórmons; ³ Inclui DIU e injeção hormonal.

Comunicação Marital e Negociação da Prevenção

Comunicação sobre Desejo e Prática Sexual

A verbalização sobre sexo e sexualidade é infreqüente nas uniões estabelecidas pelos entrevistados. Na maioria dos casos, as características físicas determinaram a atração no início do relacionamento. A raça eventualmente aparece como a característica mais determinante dessa atração: “o que mais me chamou a atenção foi a cor dela (...) foi o que despertou meu interesse e me levou à conversar com ela” (Alberto, 38, branco em união exogâmica).

A comunicação verbal tampouco figura como instrumento primordial ou usual para iniciar o envolvimento sexual. Homens e mulheres, de qualquer raça e composição racial da união, descreveram que o envolvimento começa com algum tipo de instrumentalização corporal, tanto toques e carícias íntimas como práticas de higiene corporal (tomar banho e perfumar-se, por exemplo) que revelam ao parceiro a intenção de ter relações. A extroversão corporal oposta a uma certa atrofia verbal foi identificada por Bozon e Heilborn (2001), como um elemento cultural diferencia a iniciação sexual no Rio de Janeiro e em Paris. O fato de a maioria dos entrevistados desta pesquisa estar unida há mais de 7 anos, sugere que essa marca cultural não diz respeito apenas ao início da trajetória afetivo-sexual e reforça a idéia de Barbosa (1999) de que a negociação em torno do sexo pode ser bastante ativa, e em geral o é, mesmo sem comunicação verbal.

Lear (1995) aponta que a ausência de comunicação verbal sobre sexo, observada em seu trabalho sobre comunicação sexual entre universitários americanos dificulta a construção da percepção de risco dentro do relacionamento, pois a comunicação sobre o assunto será feita de maneira indireta, provavelmente, em discussões sobre o relacionamento e não sobre o risco em si. Heise e Elias (1995) apontam o fato de muitos casais não conversarem sobre sexo como uma limitação para o sucesso de estratégias de combate a AIDS que dependem da comunicação conjugal, como a promoção do uso do preservativo.

O caso mais comum de comunicação verbal em relação às práticas, mencionado fundamentalmente pelas mulheres, é a recusa na prática do sexo anal freqüentemente sugerida por muitos parceiros. O sexo oral e o sexo durante o período menstrual passam por negociação verbal menos freqüente.

Comunicação sobre (anti)concepção e prevenção

A comunicação a respeito da contracepção é mais freqüente do que sobre prevenção. A comunicação que se estabelece diz respeito mais à necessidade de evitar filhos do que à escolha do método em si, o que normalmente compete à mulher, que também é responsável pelo seu uso (em 30 casos o método adotado pela parceria é de utilização feminina). Esse comportamento, contudo, parece estar mudando. Chama a atenção o fato de que quatro entrevistados (2 homens e 2 mulheres) já tinham, à época da entrevista, data marcada para a realização da esterilização masculina. Fica evidente nos depoimentos que tal decisão foi tomada em conjunto e após ampla consideração, diferentemente da maioria dos casos em que o método adotado na união é a laqueadura (13).

O crescente interesse pela vasectomia se deve em parte ao estímulo que o posto de saúde que atende à comunidade dá a esse procedimento, quando a decisão do casal é pela esterilização. Essa hipótese encontra sustento tanto nos depoimentos dos entrevistados, como na observação, que fiz, de algumas “Reuniões de Planejamento Familiar” oferecidas, semanalmente, pelo referido posto. Participar em uma dessas reuniões é obrigatório para aqueles que querem retirar o método anticonceptivo na farmácia do posto. Nessa reunião, os participantes recebem explicações gerais sobre saúde reprodutiva e métodos anticoncepcionais, particularmente sobre aqueles que são disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde – SUS. Sobre a esterilização masculina, ressalta-se a simplicidade do procedimento, em comparação à laqueadura, e o fato de não prejudicar o desempenho sexual.

Relatos de conversas sobre prevenção são incomuns e podem ser categorizados em dois tipos. O primeiro é a recomendação, por parte da mulher, de que o parceiro use camisinha se tiver relações extramaritais. O segundo, menos freqüente, são as discussões sobre a importância da fidelidade conjugal que, em poucos casos, levaram à consideração do uso de preservativo entre os mesmos e sempre se optou pelo não uso.

Uso de preservativo

Nenhum informante reportou o uso atual ou passado do preservativo feminino e a maioria deles nunca viu esse método, embora já tenha ouvido falar dele. O preservativo masculino, por outro lado, é o terceiro método contraceptivo mais adotado. A escolha desse método foi justificada pela insatisfação com o mal estar provocado pela pílula, em quatro casos, ou relacionada ao tempo de espera pelo procedimento de esterilização, em três casos. Houve menções ao seu uso eventual quando o método regularmente adotado não está disponível no posto de saúde; quando houve erro ou descontinuidade no uso do método principal, por exemplo, esquecer de tomar a pílula; combinado com outro método, durante o período fértil; para evitar a “sujeira” nas relações mantidas no período menstrual. Nenhum informante afirmou usar o preservativo para se prevenir contra ISTs.

Não houve nuances nos depoimentos sobre uso de preservativo segundo a raça ou a composição racial dos entrevistados. Contudo, Sílvia (35 anos, união endogâmica negra) comentou sobre uma amiga negra casada cujo marido, branco, somente mantinha relações com preservativo “porque não queria que o filho nascesse de cor negra, né?”. Nesse caso, a relação entre raça e negociação é explícita e visa impedir o nascimento de uma criança mista, como fosse a existência do filho que concretizasse a união, tornando-a evidente para a sociedade. Os depoimentos dos entrevistados unidos inter-racialmente fazem referências freqüentes aos comentários de parentes e amigos próximos sobre as características miscigenadas de seus filhos

sugerindo que, de fato, a união inter-racial fica mais evidente socialmente pela aparência física das crianças, observações semelhantes foram feitas por Sheriff (2002) e Goldstein (1999).

Sensações físicas

A prática de sexo com preservativo não agrada a maioria dos entrevistados. Mulheres e homens, negros ou brancos, segundo qualquer composição de união, apontaram insatisfações semelhantes a esse respeito: a necessidade de interromper o ato sexual para colocá-lo, a redução do prazer e a perda de contato entre os parceiros. “Chupar bala / picolé com papel”, perder o contato da “pele com a pele” em favor da “pele com o plástico” foram expressões regularmente usadas para descrever o ato sexual praticado com o preservativo. A associação do uso do preservativo a desconfortos físicos ou psicológicos é referida em diversos trabalhos (Guerriero, Ayres e Hearst, 2002; Heise e Elias, 1995; Lear, 1995).

Preservativo entre casados

O desejo frustrado do uso de preservativo foi relatado exclusivamente por mulheres. Essas entrevistadas mencionaram a vontade de usar a camisinha por estarem insatisfeitas com o método contraceptivo atual ou por desejarem se prevenir contra infecções. Demandas que não são aceitas pelos seus parceiros.

Melissa (26 anos, união endogâmica negra) precisa “enganar” o parceiro para usar o preservativo, mas nem sempre consegue: "Eu quero usar [o preservativo] em todas as relações, sinceramente. Às vezes eu até escondo que eu estou tomando o remédio para poder usar a camisinha. Mas nem sempre dá certo, né? Eu prefiro o uso da camisinha do que sem a camisinha, porque eu sou fácil de pegar infecção (...) [P - E quando não dá certo, por que que não dá certo?] Quando não dá certo o uso da camisinha? Porque ele fica sabendo, ele descobre que eu estou tomando remédio (risos), então acha que isso ai não engravida né? Só pensa em gravidez, só isso,

mais nada. Então não dá certo quando ele descobre, mas, se depender de mim, ele não descobre nunca. Mas só que acaba descobrindo de uma forma ou de outra".

Mariza (35 anos, mulher negra em união exogâmica) gostaria de usar o preservativo, mas teme propor o uso por achar que o marido pensaria que ela está tendo um caso. O receio de que uma proposta de uso de preservativo seja interpretado como uma declaração de traição ou de desconfiança foi mencionado por muitas entrevistadas. De fato, a maior parte dos homens e mulheres disseram que essa seria a sua interpretação se tal proposta lhes fosse dirigida. Mesmo as mulheres que afirmaram desejar o uso de preservativo com vistas à prevenção, só concordariam com uma eventual proposta do parceiro se esse provasse que não havia sido infiel, e que não desconfia da fidelidade da parceira. A questão da confiança entre os parceiros e a sua aparente incompatibilidade com o uso do preservativo é mencionada em uma série de outros estudos (Heise e Elias, 1995; Guimarães, 1996, entre outros).

ISTs e AIDS

É grande a desinformação sobre sintomas e formas de tratamento de ISTs que não a aids, particularmente entre as mulheres, sem distinção por raça ou composição racial da união. A falta de conhecimento sobre as essas infecções é uma preocupação *per se*, dada a gravidade de muitas dessas infecções, e também à luz da prevenção da AIDS posto que a transmissão do HIV é facilitada pela presença de outras ISTs (Vieira et al., 2000; Heise e Elias, 1995).

O conhecimento sobre as ISTs, em geral, se limita à menção de alguns nomes, fundamentalmente a gonorréia e o “cavalo de crista”/ “crista de galo” (condiloma). Mesmo os entrevistados que já tiveram alguma dessas infecções, seis homens e onze mulheres, mostraram grande desconhecimento sobre elas. Dentre os homens, dois tiveram “crista de galo”, três tiveram gonorréia e um teve, simultaneamente, cancro duro, cancro mole e sífilis. Os entrevistados afirmaram ter tido essas doenças antes do casamento e terem se tratado segundo as instruções de

conhecidos ou farmacêuticos. Uma entrevistada afirmou que, no passado, foi infestada pelo “chato” (pediculose pubiana) na poltrona de um ônibus de viagem. Seis mulheres tiveram candidíase que, em três casos esteve associada à gravidez. Corrimentos qualificados como “normais” ou “que toda mulher pega” foram relatados por três entrevistadas, uma das quais estava recebendo tratamento quando da realização da entrevista. Uma entrevistada não se lembrou o nome da infecção que contraiu do marido quando, recém casados, ele mantinha relações extraconjugais. À época, isso provocou uma separação de duas semanas que só cessou porque o casal fez um pacto de fidelidade que ainda se sustenta, 17 anos depois do ocorrido.

Embora as infecções referidas pelas mulheres - pediculose pubiana e candidíase - não tenham, de fato, transmissão exclusivamente sexual, chamam a atenção as crenças equivocadas que várias entrevistadas sustentam respeito da transmissão de ISTs, como, por exemplo, considerar que os corrimentos vaginais são sempre normais no corpo da mulher, e a possibilidade de infecção ao utilizar assentos públicos, particularmente se estiverem quentes. Adélia, por exemplo, acredita que mesmo a aids pode ser transmitida dessa maneira: "(...) eu tenho o maior cuidado porque a gente não pega aids só em contato com homem. Tem outro tipo de contato também: ao sentar no ônibus, ao sentar perto de uma pessoa ferida. Se o ônibus estiver cheio e tiver um lugar eu espero o lugar esfriar bastante pra eu poder sentar. Porque eu não sei o que aconteceu, quem tava sentado ali... isso não é orgulho, isso é cuidado!" (37 anos, branca em união exogâmica)

A informação dos entrevistados sobre a aids é mais consistente do que sobre as outras ISTs: a maioria sabe que o HIV transmite a infecção, que a via sexual e o compartilhamento de seringas são algumas das formas de transmissão, e que o preservativo é um método eficaz de prevenção. Contudo, o excerto apresentado acima é um dentre vários exemplos de que o

conhecimento da população a respeito da AIDS ainda não é suficiente, fato que compromete a capacidade de avaliação do risco pessoal de infecção e das possibilidades de prevenção.

Três entrevistados relataram dúvidas quanto à possibilidade de infecção por troca de saliva, um dos quais demonstrou certa desconfiança quanto à informação oficial divulgada a esse respeito: “Eu li num cartaz que através do beijo não pega, mas, que nem eu te falei: eu fico nessa dúvida. O beijo é uma coisa mais complicada, na minha opinião, eles falam que não pega, mas eu tenho uma cisma assim, é que a saliva, quando você está beijando a pessoa a saliva é constante ali um com o outro. Sei lá, é meio complicado, né?” (Chico, 26 anos, união endogâmica negra).

Os casos mais extremos de desinformação sobre a AIDS se referem a duas mulheres que ouviram falar da epidemia, mas não têm nenhuma informação a respeito, e o de um homem cujo entendimento sobre a epidemia, pautado pela doutrina religiosa, é de que a doença pré-existe no corpo das mulheres, tendo sido colocada por um demônio sendo que a infecção e a cura da doença são determinadas pela fé.

Construção da Percepção de Risco

Mulheres e homens entrevistados enfatizaram categorias diferentes na construção da auto-percepção de risco de infecção pelo HIV, mas a raça ou a composição racial da união não parecem determinar a elaboração do risco. A maioria dos homens considerou não estar vulnerável ao risco de infecção pelo HIV em função da confiança depositada nas parceiras. Algumas mulheres também enfatizaram a confiança no parceiro como estratégia de avaliação do risco e prevenção, mas, para a maioria delas, a auto-percepção de risco está pautada em duas dimensões: uma individual e outra que depende do companheiro. No nível individual, elas estão seguras de que o seu comportamento sexual não as coloca em risco de infecção, por outro lado, a incerteza sobre o comportamento do parceiro confere um caráter imponderável ao risco. Essa construção dupla da avaliação do risco pessoal é expressiva em suas falas: "Não tenho [risco de infecção].

Quer dizer, a gente não sabe o que pode acontecer com a gente, que a gente não sabe o dia de amanhã, né? Mas, assim, no momento, no momento não. Não da minha parte, né? Eu falo por mim, agora, dele é que eu não sei, né? Dele, assim, noventa por cento eu sei, mas tem dez por cento que pode acontecer, no caso, né?” (Melissa, 26 anos, união endogâmica negra).

O que Melissa referiu como os dez por cento em que algo pode acontecer foi relatado por outras informantes fazendo uso de outras porcentagens ou de expressões como “a natureza do homem” ou “homem não é muito confiável”. O uso de porcentagens para referir-se à confiança que depositam no marido chama particular atenção já que essa terminologia não foi sugerida pelo roteiro ou utilizada na condução da entrevista. Compreende-se que a infidelidade masculina é naturalizada de tal maneira, que a confiança se configura como um recurso divisível.

Nenhum homem ou mulher entrevistado relatou manter relações extraconjugais à época da entrevista, mas alguns homens disseram que as tiveram no passado. A possibilidade de infidelidade de suas parceiras não foi considerada por nenhum dos entrevistados que, em sua maioria, tampouco aventaram a possibilidade de infidelidade feminina em geral. Por outro lado, seis entrevistadas referiram espontaneamente a possibilidade (e não intencionalidade) de elas mesmas serem infiéis aos seus maridos, em cuja situação utilizariam o preservativo.

A avaliação do risco pessoal de infecção ao HIV incluiu ainda categorias como o uso de drogas injetáveis e a correta esterilização de materiais hospitalares. Não ser usuário de drogas injetáveis foi freqüentemente referido por homens e mulheres como um elemento que reduz o seu risco de infecção. A preocupação com a esterilização de equipamentos hospitalares foi mais freqüente entre as mulheres.

Categorias avaliadas por um pequeno grupo de informantes foram a transfusão de sangue, considerada um potencializador do risco por três entrevistados, um dos quais transfundido; não praticar sexo com outros homens foi referido por um entrevistado como uma das razões pelas

quais não tem risco de ser infectado; e, o teste anti-HIV, cujo resultado negativo foi relacionado por um homem e uma mulher ao fato de eles não terem risco de infecção.

O Teste Anti-HIV

Doze entrevistadas fizeram o teste anti-HIV em algum momento da vida, em nove casos, a motivação para o teste foi o fato desse exame poder ser incluído no pré-natal oferecido pelo SUS. Entre os homens, a doação de sangue foi a situação mais comum de realização do teste anti-HIV, mencionada por quatro dos oito entrevistados que já haviam sido testados.

Os relatos a respeito da sorotestagem sugerem a necessidade de um motivo “legítimo” para se fazer o exame, como se o desejo de conhecer o status sorológico não fosse suficiente. Sendo assim, se para as mulheres o pré-natal constitui a razão para se fazer o teste, no caso dos homens a doação de sangue justifica a testagem. Essa percepção se assemelha à de Guerriero, Ayres e Hearst (2002) que identificaram que doação de sangue, para seus entrevistados, configurava-se como uma estratégia para se realizar o teste sem colocar em xeque os pressupostos individuais e sociais da identidade masculina. Apenas duas entrevistadas enfatizaram o fato de terem decidido fazer o exame, mesmo havendo sido testadas como parte do pré-natal. Essas mulheres destacaram que a sorotestagem é oferecida, mas não é obrigatória dependendo, portanto, de uma decisão individual.

Houve casos em que o fato de as esposas terem sido testadas no pré-natal orientou a decisão do marido de não fazer o teste. Mais uma vez, a confiança depositada nas parceiras surge como medida preventiva que, neste caso, justifica a decisão de não conhecer a sua própria condição sorológica. No caso de André (25 anos, união endogâmica branca), essa decisão foi corroborada pela opinião de um médico: “Não, não fiz não [o teste de HIV]. Mas o próprio ginecologista dela me elogiou esses dias pra trás. (...) Eu até comentei com ele que eu queria fazer [porque trabalhava em uma farmácia e furou o dedo na agulha de uma seringa usada]. Ele

disse: fazer pra que, sô, a sua esposa já fez três HIV, se esses três HIV dela não deu nada então você pode ficar tranqüilo que você não tem nada. Ele falou assim com ela: o seu marido tá comportando direitinho, né?”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora a maioria dos entrevistados tenha um nível razoável de informações sobre transmissão e prevenção do HIV, a coexistência de informações certas e erradas indica a necessidade de continuar investindo em informação sobre HIV/AIDS. Contudo, tendo em vista o precário conhecimento sobre outras ISTs, que não a aids, é preciso promover também campanhas que ressaltem não só a gravidade dessas infecções e o fato de elas potencializarem o risco de infecção pelo HIV, como, também, a necessidade e possibilidade de tratamento. As falas das mulheres a respeito das ISTs sugerem que, entre elas, a insuficiência e má qualidade da informação são maiores.

Chama a atenção o contraste entre homens e mulheres no que diz respeito à percepção da infidelidade apenas como uma possibilidade posta para os homens, à construção da percepção de risco e ao teste anti-HIV. Os relatos dos entrevistados sobre esses três temas sugerem que os mesmos transferem para as parceiras a responsabilidade de sua própria prevenção.

A oferta do teste anti-HIV entre os exames gratuitos do pré-natal possibilitou que o acesso da mulher ao exame seja “legítimo” e não a estigmatize socialmente desqualificando-a como mulher, mãe ou companheira. Contudo, é preciso estimular a testagem de mulheres desvinculada do pré-natal, visando a saúde da mulher e não necessariamente da mãe. É preciso também promover a sorotestagem entre os homens, destacando que conhecer a condição sorológica é uma decisão autojustificada e positiva.

A comparação realizada neste trabalho revelou marcada diferenciação na maneira como a prevenção e a sua negociação são vivenciadas por homens e mulheres. A composição racial da

união, por outro lado, se mostrou relevante no processo de negociação sexual tanto no que diz respeito ao estabelecimento da relação como da (anti)concepção, mas não apareceram nuances quanto à prevenção de ISTs. Essas considerações, contudo, não são conclusivas, entre outras coisas porque foram entrevistados apenas indivíduos que coabitam o que, grosso modo, é um indicativo do sucesso da união. Porém, considerando que questões advindas da diferença racial entre os parceiros frequentemente levam à dissolução das uniões (Moutinho, 2001), pode ser que indivíduos que tiveram uniões interracialis mal sucedidas percebam nuances na negociação da prática sexual em tais uniões. Ademais, o trabalho foi realizado apenas com camadas populares. No entanto, a maior prevalência das uniões interracialis nesse extrato da população (Moutinho, 2001) pode conferir a elas um caráter diferente em relação àquelas estabelecidas em ambientes menos tolerantes, como as camadas médias altas.

Referências

1. Heise L.L, Elias C. Transforming AIDS Prevention to Meet Women's Needs: a Focus on Developing Countries. *Soc. Sci. Med.* 1995; 40: 931-43.
2. Barbosa RM. Negociação sexual ou sexo negociado? Poder, gênero e sexualidade em tempos de Aids. In: Barbosa RM, Parker R. organizadores. *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidade e poder.* Rio de Janeiro-São Paulo: IMS/ UERJ-Ed. 34; pp. 73-88.
3. Goldstein D. "Interracial" Sex and Racial Democracy in Brazil: Twin Concepts? *American Anthropologist.* 1999; 101 (3): 563-78.
4. Batista L.E. Mulheres e homens negros: saúde, doença e morte. [dissertação] Araraquara: Universidade Estadual Paulista/FCL, 2002.
5. Lopes F. Mulheres Negras e não-negras vivendo com HIV/AIDS no estado de São Paulo: um estudo sobre suas vulnerabilidades. [tese] São Paulo: USP/FSP, 2003.

6. Ford K, Sohn W, Lepkowski J. Characteristics of Adolescents' Sexual Partners and Their Association with Use of Condoms and Other Contraceptive Methods. *Family Planning Perspectives*. 2001; 33(3): 100-05 & 132.
7. Moutinho L. Razão, “Cor” e Desejo: Uma Análise Comparativa sobre Relacionamentos Afetivo-Sexuais “Inter-raciais” no Brasil e na América do Sul. [tese] Rio de Janeiro: UFRJ/IFCS, 2001.
8. IBGE. Síntese dos Indicadores Sociais 2002. www.ibge.gov.br. (acessado em 09/09/2003).
9. Schwarcz L M. Nem preto, nem branco, muito pelo contrário, cor e raça na Intimidade. In: Novais F. Organizador. *História da vida Privada no Brasil*. São Paulo: Cia de Letras; 1998. pp. 177-84.
10. Bozon M, Heilborn ML. As carícias e as palavras: iniciação sexual no Rio de Janeiro e em Paris. *Novos Estudos*. 2001; 59: 111-35.
11. Lear D. Sexual Communication in the Age of AIDS: The construction of Risk and Trust among Young Adults. *Soc. Sci. Med*. 1995; 41: 1311-23.
12. SHERIFF RE. *Dreaming equality: color, race, and racism in urban Brazil*. London, New Jersey: Rutgers Univ. Press; 2001.
13. Guerriero I, Ayres JCM, Hearst N. Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais, São Paulo, SP. *Rev. Saúde Pública*. 2002; 36: 50- 60.
14. GUIMARÃES CD. “Mas eu conheço ele!?”: Um método de prevenção do HIV/Aids. In: Parker R. Galvão J. Organizadores. *Quebrando o Silêncio: Mulheres e Aids no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA, IMS, Relume-Dumará; 1996a. p. 169-80.
15. Vieira EM, Villela WV, Réa MF et al. Alguns aspectos do comportamento sexual e prática de sexo seguro em homens do Município de São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*. 2000; 16 (4): 997-1009.