

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

MÔNICA COUTINHO CERQUEIRA LIMA

**SIGNIFICADOS E PRÁTICAS ASSOCIADOS AO
PRESERVATIVO FEMININO: o olhar de mulheres usuárias de
drogas em um bairro popular da cidade do Salvador**

**SALVADOR - BAHIA
2006**

MÔNICA COUTINHO CERQUEIRA LIMA

**SIGNIFICADOS E PRÁTICAS ASSOCIADOS AO
PRESERVATIVO FEMININO: o olhar de mulheres usuárias de
drogas em um bairro popular da cidade do Salvador**

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva do
Instituto de Saúde Coletiva da Universidade
Federal da Bahia como requisito parcial para
obtenção do título de Mestre em Saúde
Coletiva

Orientador: Jorge Alberto Bernstein Iriart (Ph.D)

Salvador - Bahia
2006

Ficha Catalográfica
Elaboração: Biblioteca do Instituto de Saúde Coletiva

L328a Lima, Mônica C.C.

Significados e práticas associados ao uso do preservativo feminino:
o olhar de mulheres usuárias de drogas /

Mônica Lima. – Salvador, 2006.

120p.

Dissertação (Mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade
Federal da Bahia.

Orientador: Prof. Dr. Jorge Alberto Bernstein Iriart.

1. Saúde Pública 2. Preservativo Feminino 3. Mulheres 4. Uso de
Drogas.

CDU 628.03



**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva – ISC
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva**

MÔNICA COUTINHO CERQUEIRA LIMA

**“Significados e práticas associados ao preservativo
feminino: o olhar de mulheres usuárias de drogas em um
bairro popular da cidade de Salvador”**

A Comissão Examinadora abaixo assinada, aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 28 de março de 2006.

Banca Examinadora:

Regina Maria Barbosa

Prof^a. Regina Maria Barbosa – Instituto de Saúde/SES-SP

Maria Inês Costa Dourado

Prof^a. Maria Inês Costa Dourado – ISC/UFBA

Jorge Alberto Bernstein Iriart

Prof. Jorge Alberto Bernstein Iriart – ISC/UFBA

**Salvador
2006**

... Todo dia ela faz tudo sempre igual

Me sacode às seis horas da manhã

Me sorri um sorriso pontual

E me beija com a boca de hortelã

Todo dia ela diz que é pra eu me cuidar

E essas coisas que diz toda mulher

Diz que está me esperando pro jantar

E me beija com a boca de café

Todo dia eu só penso em poder parar

Meio dia eu só penso em dizer não

Depois penso na vida pra levar

E me calo com a boca de feijão

Seis da tarde, como era de se esperar

Ela pega e me espera no portão

Diz que está muito louca pra beijar

E me beija com a boca de paixão

Toda noite ela diz pra eu não me afastar

Meia-noite ela jura eterno amor

Me aperta pra eu quase sufocar

E me morde com a boca de pavor

Todo dia ela faz tudo sempre igual...

Cotidiano - Chico Buarque

AGRADECIMENTOS

“São tantos e tão especiais que espero lembrar de todos aqueles que contribuíram de alguma forma, mesmo que tenha sido com um simples olhar acolhedor, para a gestação desse bebê que acabou de nascer por uso incorreto do tema aqui abordado: preservativo!”.

À Deus, que me concedeu o dom da existência e inspira-me cotidianamente a trilhar o caminho do meio, atentando sempre para as situações mais complexas por propiciarem o inevitável exercício da reflexão responsável pelo aprendizado, e o conseqüente amadurecimento.

Ao Prof^o Dr. Jorge Iriart, por ter aceitado o convite para ser meu orientador, sem saber que essa experiência acadêmica poderia transformá-lo em algo inusitado, num “Anjo da Guarda”, daqueles que nos orienta no momento certo e puxa a nossa orelha no momento que deslizamos. A sua compreensão nos momentos de dificuldades jamais será esquecida, bem como a sua competência para sinalizar as próximas pistas a serem seguidas.

Ao estimado Prof^o Edward MacRae pela admirável disponibilidade de ter aceitado o convite para participar da minha banca de qualificação, honrando-me com suas contribuições sempre pertinentes.

À Prof^a Inês Dourado por ter honrado-me aceitando atenciosamente o duplo convite para participar da minha banca examinadora durante o exame de qualificação e defesa da dissertação, especialmente pelas valiosas contribuições.

Á renomada Prof^a Regina Barbosa por ter possibilitado a concretização do convite feito desde o exame de qualificação, honrando-me em integrar a minha banca examinadora da defesa dessa dissertação, mesmo causando-me “frio na barriga” à espera das oportunas observações.

Aos docentes do Mestrado ISC/UFBA pelas contribuições durante esses dois anos de convivência acadêmica, especialmente a Mônica Nunes, Leny Trad, Jairnilson Paim, Pedro Prata e Ademário Spínola.

À CAPES por ter concedido-me a bolsa de estudos que viabilizou meu mestrado.

A Márcia Marinho, uma aparente colega de turma do Mestrado que com certeza se transformou numa irmã escolhida, daquelas que a gente tem a certeza de que conhece de outras vidas! Faltam-me palavras para agradecer-lhe a cumplicidade e o carinho expresso durante todo o percurso que fizemos desde os primeiros dias de aula até às discussões de conceitos afins, redação final da dissertação e sustos de todas as naturezas que insistiam em invadir nossos preciosos domingos e feriados.

Aos amigos queridíssimos que assumiram o papel de co-orientadores, especialmente naqueles momentos de maior desespero, onde tudo parecia estar fora de lugar: Eugenia Nuñez, Jeane Freitas, Robson Neves e Ana Oliveira.

Aos funcionários e amigos do ISC/UFBA especialmente a Zé, Moises, Clinger, Dudu, Marivon, Sr. Simplicio, Néa, Nuncy, Bia, Creuza e Vilma, sempre tão solidários e atenciosos com as minhas demandas.

Aos amigos que integram a equipe do Pólo de Capacitação do ISC/UFBA especialmente Rosana Aquino, Guadalupe Medina, Ana Luiza Vilasbôas, Walberto Medina, Tânia Tôrres, Cristiane Abdon, Luis André pelo incentivo nos momentos de maior tensão vivenciados desde a seleção desse mestrado.

Aos amigos que integram as equipes do PISAT/ISC e MUSA/ISC pela amizade e disponibilidade em atender as minhas infinitas demandas, especialmente Martinha, Solange e Rose, bem como Greice, Edleuza, Tati, Fran, Gabriela, Shirlei e Gustavo.

Ao meu “Mestre com carinho”, Gey Espinheira, por ter sido minha inspiração para continuar trilhando o caminho da sociologia e por ter me inserido num universo que eu tinha pouquíssimo contato por considerá-lo distante de mim: o universo das drogas ou das substâncias psicoativas, quando eu ainda era estudante de graduação em sociologia

e fui convidada para participar de pesquisas coordenadas por ele no Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas – CETAD/UFBA.

Aos companheiros de uma prazerosa trajetória profissional compartilhada durante quinze anos no CETAD/UFBA onde aprendi a pensar a questão das drogas a partir do tripé: a pessoa, a droga e o contexto sócio-cultural que essa pessoa está inserida. Foi nesse respeitado Centro que conheci, me encantei e mergulhei de cabeça numa das viagens proporcionadas pelo inquietante e admirável universo das drogas, conhecida mundialmente como Redução de Danos. Iniciei essa viagem no CETAD a convite de Dr. Tarcisio Andrade com quem aprendi muito e continuo aprendendo, nesse momento, na Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti – ARDFC/UFBA.

Aos companheiros da mencionada viagem que se transformaram em amigos especiais que por contribuições diferenciadas a mim proporcionadas serão sempre lembrados (Antônio Nery, Jane Montes, Laura Cristina, Luiz Alberto, Maria Luiza, George Gusmão, Eugenia Nunez, Marlize Rego, Esdras Cabus, Alba Riva, Sheila Machado, Margaret Leonelli, Olga Sá, Olga Gusmão, Ana Iza, Cristina, André, Gessé, Eliana e Ana Rita).

A todos os integrantes da ARDFC, especialmente aqueles que trabalham diretamente comigo e que, nos momentos de apuro/cumprimento de prazos do mestrado comportaram-se como fiéis escudeiros, representando-me e desempenhando responsabilmente as minhas atividades (Sara Cristina, Sirlei, Benemario, Mary, Márcio, Josimar, Daniela, José Carlos, Valdirene, Adenil e Jean).

Aos amigos Paulo Telles e Kátia Souto por confiarem a mim a função de supervisora local da cidade de Salvador, do estudo sobre preservativo feminino realizado em seis cidades brasileiras, reforçando o meu interesse em aprofundar os dados produzidos por esse estudo na minha dissertação.

Aos amigos especiais que nos conhece de outras vidas e que são peças fundamentais na nossa vida, pois estarão eternamente no nosso coração, além de estarem sempre disponíveis para atender nossos chamados: Maria Aparecida, Leila Cristina, Wellington Sousa, Sueli Santos e Vilma Lúcia.

A Fábio pela companhia durante uma longa e rica trajetória onde compartilhei parte da minha existência e que hoje mesmo trilhando caminhos distintos continuamos torcendo pela felicidade do outro.

A JJ que mesmo estando do outro lado do oceano foi a minha fonte de inspiração durante a redação dos capítulos finais.

Ao super amigo e excelente fisioterapeuta Adriano Rodrigues pelo carinho recíproco e por manter minha coluna alinhadíssima, nesses dois últimos anos.

Aos familiares e amigos especiais que assumem o papel de "torcedores de plantão", oferecendo-nos sempre uma palavra de incentivo para não desistirmos: Renildes, Guta, Evangelina, D. Maria, Daniela, Tércia, Vanessa, Bruna, Clô e Valdemir.

Aos amigos do PN-DST/AIDS por ter acolhido-me como consultora na área de Redução de Danos enriquecendo minha trajetória profissional.

Aos amigos da CE e CM - DST/AIDS e DST/COAS pelo apoio e parceria constante.

E, finalmente aos amigos ativistas do grande movimento brasileiro de "Redução de Danos" espalhados pelo Brasil, pelo compartilhamento de aprendizados sempre tão ricos: Fábio Mesquita, Denise's Doneda, Gandolfi e Serafin, Domicianos, Sueli Santos, Vilma Lúcia, Andréa Domânico, Neide Gravato, Paulo Telles, Caio Westin, Raquel Barros, Rosa Mayer, Dilson Strossi, dentre outros.

RESUMO

LIMA, M.C.C. Significados e práticas associados ao uso do preservativo feminino: um olhar de mulheres usuárias de drogas, 2006. 120f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

O perfil epidemiológico revelado pela Aids, no Brasil, caracterizado por três tendências importantes: heterossexualização, feminilização e pauperização, contribuiu para a implementação de diversificadas estratégias de prevenção e controle dessa epidemia. O preservativo feminino surge na década de 90 como uma estratégia capaz de ampliar as opções de proteção feminina contra o Hiv/Aids e a gravidez. Esta dissertação teve por objetivos conhecer os significados e práticas associados ao uso do preservativo feminino entre mulheres usuárias de drogas, enfatizando as relações existentes entre estas práticas e sua vulnerabilidade à infecção pelo Hiv; analisar a influência das relações de gênero na construção desses significados e práticas; bem como identificar os elementos que facilitam ou dificultam a adesão ao uso do preservativo feminino. Este estudo insere-se no interior de um estudo mais amplo sobre o preservativo feminino realizado em cinco capitais brasileiras. Foram entrevistadas 09 mulheres usuárias de drogas vinculadas ao Programa de Redução de Danos, na faixa etária de 18-39 anos, que referiram estar utilizando o preservativo feminino a pelo menos 04 meses. Os achados desse estudo sinalizaram a boa aceitação do preservativo feminino entre as mulheres entrevistadas. A segurança e o prazer foram evidenciados como elementos que facilitam a adesão ao uso do preservativo feminino; enquanto a estética, o alto custo e a dificuldade de acesso ao mesmo, como elementos que apesar de dificultarem essa adesão, não são obstáculos intransponíveis. A opção por esse método, no entanto, esteve prioritariamente voltada para a prevenção da gravidez mostrando que a preocupação com a prevenção das IST/aids ocupa um lugar secundário na hierarquia de prioridades dessas mulheres. A resistência de alguns parceiros evidenciou a influência das relações de gênero na adesão a esse método ampliando a vulnerabilidade das mulheres. Os achados sinalizaram ainda a necessidade das intervenções que contemplam a disponibilização de preservativos, considerarem a perspectiva sócio-cultural, relacionando as medidas a serem implementadas ao contexto em que os sujeitos a serem alcançados estão inseridos, bem como às suas experiências individuais e coletivas.

Palavras Chaves: Preservativo Feminino, Drogas, Mulheres, Aids e Vulnerabilidade.

ABSTRACT

LIMA, M.C.C. Meanings and practices associated with the use of the female preservative: the look of female drug users, 2006. 120f. Dissertation (Master's Degree in Collective Health) Institute of Collective Health, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

The profile of the AIDS epidemic in Brazil, characterized by three significant trends - the heterosexualization, the feminilization, and the pauperization - has contributed for the implementation of diverse strategies for the prevention and control of the epidemic. The female preservative appeared in the 1990s as a strategy to broaden the alternatives for female prevention against Hiv/AIDS and pregnancy. This dissertation aims at learning the meanings and practices associated with the use of the female preservative among female drug users, emphasizing the relations that exist between such practices and the women's vulnerability to the Hiv infection; at analyzing the influence of gender relations in the building of these meanings and practices, as well as to identifying the elements that facilitate or hinder the adherence to the use of the female preservative. This study is part of a broader study on the female preservative that was carried out in five Brazilian capital cities. Nine female drug users taking part of the Program for Damage Reduction were interviewed, in the age group of 18-39, all of which were using the female preservative for at least four months. The findings of this study demonstrate the acceptance of the female preservative among the interviewees. Safety and pleasure were named as elements that facilitate the adherence to the use of the female preservative, whereas aesthetics, high cost and difficulty of obtaining it are aspects that make adherence difficult, although they are not seen as unsurmountable obstacles. The choice for this method, however, has taken place primarily for birth control purposes, which shows that the concern for the prevention of STD/AIDS stands a secondary place in the hierarchy of the priorities of these women. The resistance found among some partners points out the influence of gender relations in the adherence to this method, thus increasing the vulnerability of the women. The findings have also shown that the interventions that make the preservatives available need to take into account the social-cultural perspective, bringing the measures to be implemented to the context to which the subjects to be reached belong, as well as their individual and collective experiences.

Key words: Female Preservative, Drugs, Women, AIDS and Vulnerability.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
CAPÍTULO I	
1. Delimitando o objeto de estudo	17
1.1. Histórico da Aids	17
1.2. Redução de Danos associados ao uso de drogas	21
1.3. O Preservativo Feminino	27
1.4. Objetivos do estudo	33
1.4.1. Objetivo geral	33
1.4.2. Objetivos específicos	33
CAPÍTULO II	
2. Referencial Teórico	34
2.1. Sexualidade, Relações de Gênero e Vulnerabilidade ao Hiv-Aids	34
CAPÍTULO III	
3. Considerações Metodológicas	45
3.1. O Estudo de Referência	45
3.2. A coleta de dados complementares	48
3.3. Considerações éticas	50
CAPÍTULO IV	
4. O cotidiano dos sujeitos: sexualidades que transitam entre as relações de gênero e a vulnerabilidade frente ao Hiv-Aids	52
4.1. Contextualizando o bairro de Milagres	52

4.2. Consumo de drogas e violência social	56
4.3. Perfil dos sujeitos	58
4.4. Relações de gênero, sexualidade e negociação de práticas sexuais	61
4.5. Percepção de risco frente ao Hiv-Aids	68

CAPÍTULO V

5. Desvendando os significados e práticas associados ao preservativo feminino	74
5.1. A distribuição do preservativo feminino	74
5.2. O preservativo feminino	79
5.3. Elementos que facilitam a adesão ao preservativo feminino	84
5.4. Elementos que dificultam a adesão ao preservativo feminino	89
5.4.1. A dificuldade de negociação do uso com os parceiros	94

CAPÍTULO VI

Considerações Finais	100
----------------------	-----

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103
-----------------------------------	------------

ANEXOS

APRESENTAÇÃO

O meu interesse em desenvolver esse estudo com mulheres usuárias de drogas lícitas e ilícitas, foi decorrente da minha prática profissional desenvolvida junto a esse segmento específico através do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas - CETAD - serviço de extensão permanente ligado a Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia criado em 1985. Integrar a equipe técnica desse centro, desde de 1989 quando ainda era estudante de graduação em Sociologia, possibilitou-me a aproximação com um universo desconhecido envolto num mar de complexidades que caracterizam o uso/abuso de drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas.

A minha inserção na equipe do Programa de Redução de Danos (PRD) - implantado nesse centro em 1995, mudando de sede com toda a equipe em dezembro de 2005, sob o nome de Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti (ARDFC) - reforçou o meu contato com os (as) usuários (as) de drogas, pois essa práxis inovadora denominada Redução de Danos enfatiza a participação ativa desse segmento social no planejamento e execução das ações de prevenção ao uso/abuso de drogas e prevenção das IST¹/Aids. Foi através desse programa que tive a oportunidade de trabalhar de forma mais direta com as questões relacionadas à vulnerabilidade dessa população específica à infecção pelo Hiv/Aids, por estar em contato diário com esses sujeitos e com o contexto no qual eles estavam inseridos.

Deste modo, trabalhar cotidianamente em parceria com esses sujeitos, indo ao encontro deles no seu local de moradia, ou em locais de maior permanência, foi um desafio que abriu novos horizontes, ao passo que despertou medos e fantasmas adormecidos frente ao desconhecido universo das drogas. O encantamento com a constante criação de estratégias que possibilitassem a sensibilização e conseqüente assimilação das ações de prevenção à Aids e a outras doenças relacionadas ao uso de drogas, desenvolvidas pela equipe do PRD frente a esse segmento, transformou-se no estímulo que muitos cientistas sociais procuram no seu campo de investigação.

Outro fato que contribuiu para a elaboração dessa dissertação foi a minha participação no grupo de pesquisa coordenado pelo meu orientador no presente estudo, Prof^o Jorge Iriart, o qual desenvolvia projetos de pesquisa e intervenção sobre Aids e mulheres com ênfase nas relações de gênero, sexualidade e uso de drogas, ratificando o meu interesse por essa temática.

¹ Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST.

Mas o fator que realmente determinou a escolha do tema da minha dissertação foi a minha participação no estudo qualitativo sobre o Preservativo Feminino, intitulado “*Estudo sobre Adoção de Práticas Sexuais mais Seguras entre Mulheres que Participam de Intervenções Educativas com o Preservativo Feminino*”.

Esse estudo foi financiado pela Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e da AIDS do Ministério da Saúde - CN-DST/AIDS-MS, coordenado pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro e realizado no ano de 2002 nas cidades de Salvador, Rio de Janeiro, Porto Alegre, Itajaí, São Paulo e Belém. A minha participação nesse estudo como Supervisora Local das cidades de Salvador e Recife, contribuiu para aumentar o meu interesse sobre o uso do preservativo feminino entre mulheres usuárias de drogas vinculadas ao PRD/Salvador, bem como complementar os dados produzidos pelo referido estudo. Vale acrescentar que nesse período eu era a técnica responsável pela distribuição do preservativo feminino desse PRD.

Portanto, foi o contato com o universo complexo ligado ao uso de drogas articulado às questões relacionadas à sexualidade, relações de gênero, uso do preservativo feminino e vulnerabilidade à infecção pelo Hiv/Aids que envolvem os usuários (as) de drogas, que transformou-se no tema de investigação dessa dissertação.

Tendo como objetivo conhecer os significados e práticas associados ao uso do preservativo feminino, por mulheres usuárias de drogas, residentes em um bairro popular da cidade de Salvador. Essa dissertação foi subdividida em seis capítulos: no primeiro capítulo está a delimitação do meu objeto de estudo onde procurei contextualizar o histórico da Aids, explicitando suas tendências e as estratégias de prevenção implementadas, dentre as quais encontra-se o uso do *preservativo feminino*, enquanto opção alternativa de prevenção a ser controlada pelas mulheres. Além da estratégia de *Redução de Danos* associados ao uso de drogas, enquanto estratégia de prevenção à infecção pelo Hiv/Aids e a outras doenças relacionadas ao uso de drogas, implementada junto a este segmento específico.

No segundo capítulo, inicio uma discussão sobre as categorias de análise que referenciam teoricamente esse estudo, traçando um breve panorama das discussões centrais travadas em torno das mesmas, evidenciando minhas escolhas frente às abordagens relacionadas a tais categorias. No terceiro capítulo faço uma retrospectiva do percurso metodológico percorrido do início ao término dessa dissertação, justificando as escolhas teórico-metodológicas,

explicitando o ponto de partida para a construção desse estudo, enfatizando suas especificidades.

No quarto capítulo faço uma descrição contextualizada do local do estudo, contemplando o perfil dos sujeitos, bem como eles lidam com suas sexualidades; quais as influências das relações de gênero no relacionamento e no uso do preservativo; e como se apresenta a percepção de risco desses sujeitos frente ao Hiv/Aids. No quinto capítulo, tento desvendar os significados atribuídos ao preservativo feminino por esses sujeitos, enfatizando os elementos que facilitam ou dificultam a negociação do uso, e conseqüentemente a adesão a esse método de prevenção. No sexto e último capítulo apresento as considerações finais, destacando as contribuições dos achados desse estudo, sinalizando algumas sugestões para aumentar a adesão ao uso do preservativo feminino.

Espero que a descrição detalhada da trajetória da elaboração dessa dissertação represente um convite salutar para a troca de experiências no campo da saúde coletiva, com ênfase para as principais temáticas aqui abordadas. Contudo, foi embasada no desejo de aprofundar não apenas as questões suscitadas pelo estudo que originou essa dissertação, mas de outras questões vivenciadas no exercício prático da atuação, enquanto integrante da equipe técnica de um Programa de Redução de Danos, que a pesquisadora concretizou a realização dessa dissertação.

CAPÍTULO I - DELIMITANDO O OBJETO DE ESTUDO

1.1. HISTÓRICO DA AIDS

A trajetória da Aids² no Brasil e no mundo descrita em diversos estudos (BASTOS, 1996; PARKER e GALVÃO, 1996; dentre outros) revela uma mudança no seu perfil epidemiológico, marcada nos últimos anos pela posição de destaque ocupada pelas mulheres, em todas as estatísticas referentes ao número de casos de Aids (BASTOS, 1996; MS³, 2005). De 1980 a 2005, foram notificados no Brasil 371.827 casos de Aids, sendo que 118.482 desses casos são do sexo feminino (MS, 2005). No período de 2004 a 2005, foram notificados 367 casos de Aids entre mulheres usuárias de drogas injetáveis (MS, 2005).

Apenas no ano de 2004, foi diagnosticado um total de 9.762 casos de Aids, com taxa de incidência de 5,5/100.000 habitantes (MS, 2004). As regiões Sudeste e Sul concentravam 84,8% do total de casos. A taxa de incidência por 100.000 habitantes nesse ano foi de 2,3 para a Região Nordeste. Em todo o país, a faixa de idade mais atingida, nesse período, foi a de 20-49 anos, totalizando 83,4% dos casos da doença (MS, 2003). De acordo com os dados divulgados pelo Ministério da Saúde, houve uma queda bastante significativa na razão homem/mulher na infecção pelo HIV⁴/Aids, sendo de 28/1 em 1985, passando para 2/1 em 1998 (MS, 1998), mantendo-se essa razão até 2004 (MS, 2004). Já em 2005, a razão homem/mulher na infecção pelo Hiv/Aids foi de 1,5/1 (MS, 2005).

Esses dados revelam sinais de mudança no perfil da epidemia de Aids, além de enfatizarem não apenas o aumento do número de casos entre mulheres, bem como expressarem algumas tendências dessa epidemia, observadas por diversos autores (GOLDSTEIN, 1994; 1996; BARBOSA e VILELA, 1996, KNAUTH, 1998). Dentre essas tendências estão a *heterossexualização*, e conseqüente *feminilização*, que ratificam a posição de destaque ocupada pelas mulheres, na década de 90. Acrescenta-se aí outra tendência denominada de *pauperização*, responsável pela propagação da Aids entre os segmentos populacionais com escolaridade mais baixa (PARKER, 1997). Essas tendências configuraram o crescimento

² AIDS é a sigla em inglês da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida que nos países da América latina, exceto no Brasil, é conhecida como Sida.

³ Ministério da Saúde: dados do Boletim Epidemiológico, 2005.

⁴ HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana

expressivo da infecção nas classes populares⁵, entre mulheres, estimulando o debate acerca do novo perfil assumido pela epidemia, lançando desafios teóricos, metodológicos e programáticos.

O histórico da epidemia de Aids foi marcado, inicialmente, pela veiculação de mensagens de prevenção restritas aos denominados “*grupos de risco*” (homossexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas), distanciando do problema as mulheres, segmento populacional de pouca visibilidade nos primeiros anos da epidemia (GUPTA & WEISS, 1995). Essa denominação marcou a primeira e mais impactante etapa dessa epidemia, desde o seu surgimento, por instaurar medo-pânico sobre a figura estereotipada do “aidético”, amplamente divulgada na mídia. Configurando-se como um problema que escapava ao controle epidemiológico da Aids, esse conceito de “*grupo de risco*” mostrou-se equivocado e ineficaz, apesar de ter evidenciado que a Aids passava também a adquirir uma dimensão cultural e moral até então desconhecidas (HERZLICH & PIERRET, 1992).

A ineficácia desse conceito evidenciou também a demarcação de falsas fronteiras no imaginário da doença, além de reatualizar velhos preconceitos e discriminações contra grupos marginalizados socialmente. Segundo a análise de Schiller (1992), a população foi dividida em dois grupos: o de pessoas da população geral em risco de se infectarem pelo vírus, por uma ação ou um relacionamento específico; e o de pessoas portadoras do risco, por terem o componente de risco como parte de sua própria identidade. Este segundo refere-se aos grupos que formam subculturas dentro de uma cultura⁶ mais ampla.

Carrara (1994) contextualiza essa discussão sobre a lógica das categorias de “risco” e do “outro contagioso” mostrando que é antiga e tem sido discutida nos estudos sobre epidemias letais do passado, a exemplo da sífilis no final do século XIX. O autor afirma que essa lógica permanece hegemônica, tendo em vista que boa parte das “estratégias preventivistas” são majoritariamente dirigidas a “populações-alvo”, e raramente à “população em geral”. A imagem divulgada por essa lógica de pensamento insiste em considerar os denominados

⁵ No Brasil, o nível de escolaridade é utilizado como um dos indicadores que caracterizam as classes populares. No ano de 2000, o percentual de soropositivos analfabetos somava 74% do total de casos diagnosticados (DHALLIA et al., 2000).

⁶ Para Geertz (1989), a cultura de um povo é resultante de um conjunto de textos que o antropólogo tenta ler sobre os ombros daqueles a quem eles pertencem. Os relatos obtidos sobre a maneira como o grupo em questão interpreta suas experiências mostram a lógica na qual se inserem as formas de expressão desses grupos. Os elementos simbólicos construídos pelos sujeitos que compõem esses grupos a partir de suas interações com outros sujeitos, influenciam suas práticas e visões de mundo.

“grupos de risco” como categorias “homogêneas perversas” e “causadoras” da Aids (HERZLICH & PIERRET, 1992).

A contribuição do organizado movimento gay norte-americano no combate da estigmatização e exclusão, causada por essa vinculação da categoria “grupo de risco” à população homossexual, foi fundamental para a substituição desse conceito. Além do fato de a própria dinâmica assumida pela epidemia nesse período de 1985 a 1988 evidenciar sua ineficácia (AYRES, et al., 1997). Para substituir essa categoria, surge a noção de “*comportamentos de risco*”, que, apesar de possuir o caráter igualmente individualizante, supostamente era desvinculado da idéia estigmatizante de identidades sexuais e socialmente desviantes. A Aids foi deslocada das identidades para as práticas sociais de risco. Esse deslocamento foi pensado como solução para o controle da epidemia.

Esse conceito de “*comportamentos de risco*” marcou a segunda etapa da epidemia de Aids no Brasil, além de reforçar o papel fundamental da prevenção como a melhor forma de conter o crescimento da Aids, evitando uma catástrofe mundial. Entretanto, foi surpreendido pelo aumento do número de casos de Aids entre os grupos excluídos socialmente representados pelas classes populares. Essa terceira etapa da epidemia de Aids, caracterizada como *pauperização*, evidenciou ineficácia de tal conceito fazendo emergir outro, que tem orientado as estratégias preventivas até o presente momento. Buscou-se, então, um novo conceito que contemplasse não apenas o componente individual, mas o social e o estrutural. Daí o surgimento, e conseqüente utilização desse novo conceito denominado “*vulnerabilidade*⁷” (AYRES et al, 1999).

Esse deslocamento da incidência da epidemia de Aids para as camadas socialmente desprivilegiadas, com destaque especial para as mulheres, segundo Guimarães (2001), denunciava o caráter estruturalmente diferenciado, desigual e discriminatório das populações atingidas pelo HIV/Aids. Além de explicitar a marcante assimetria social e sexual que envolve as relações de gênero. Segundo Castilho & Bastos (1997), a sociedade não deveria se enxergar de modo igual após a epidemia de Aids, pois ela pôs em cheque os valores, as normas e algumas relações estruturais de nossa sociedade, tais como as de gênero. Além de impor reflexões essenciais sobre a vida, o sexo, o amor, o prazer, a morte, suscitando novas maneiras de se pensar e de se conhecer como homens e mulheres lidam com essas múltiplas dimensões em contextos sociais específicos.

⁷ O modelo que compõe esse conceito será discutido no capítulo subsequente.

Apesar de a Aids ter surgido inicialmente como um fato médico que a caracterizava enquanto doença, ao longo da sua trajetória, configurou-se também como um fato social, ou seja, como um sistema simbólico de construção coletiva que se encarna em uma experiência individual concreta de caráter multidimensional. As representações sobre prevenção e controle da epidemia, dentre outras, são dimensões que promoveram a interação entre a epidemiologia da Aids com a complexidade das relações sociais, suas categorias e seus valores. Tais dimensões não foram contempladas pelas estratégias de prevenção no início da epidemia, pois eram dirigidas a populações específicas (BASTOS,1992), sendo duramente criticadas pelos cientistas sociais.

Os modelos epidemiológicos da Aids adotados internacionalmente e incorporados oficialmente pelo Ministério da Saúde, nessa época, apresentavam discrepâncias com relação às realidades sociais, culturais e mesmo epidemiológica da doença no Brasil. A maioria da população urbana não se identificava com as mensagens preventivas construídas a partir de “*grupos de risco*” estereotipados, contribuindo para o aumento da disseminação do HIV em todo o país. Contudo, destacamos o papel das organizações da sociedade civil, as ONG da Aids, que exigiram uma revisão no discurso oficial, explicitando o seu caráter alarmista, esporádico e descontínuo, principalmente por não tratar a epidemia como uma questão social ampla, e sim exclusivamente médica.

A atuação dessas organizações foi responsável pelo combate à discriminação das pessoas com HIV/Aids, a luta pelos seus direitos, a ampla difusão de informação acerca das medidas de prevenção, a discussão aberta sobre sexo e drogas, os problemas relacionados ao controle dos bancos de sangue, dentre outros. Esse movimento promoveu o estabelecimento de parceria entre essas organizações e o Programa Nacional de DST/Aids, instaurando uma nova política. Desde então, esse programa vem tentando consolidar o que Parker (1994) caracterizou como uma “cultura da Aids”. O programa passou a financiar diversos projetos dessas organizações, onde algumas das atividades antes eram implementadas exclusivamente por ele.

Um dos principais resultados desse espaço criado através da interface desse programa com as ONG da Aids foi o reconhecimento internacional pela Organização Mundial de Saúde da nova política adotada pelo Brasil, situando-o entre os melhores programas de combate à Aids do mundo. Uma das idéias norteadoras das atividades preventivas fruto dessa interface é intervir na modificação dos comportamentos considerados de “risco” para a infecção pelo HIV, através da adoção de práticas sexuais consideradas “mais seguras”, com ênfase para o

uso do preservativo. Segundo Vance (1995), esses recursos preventivos têm enfatizado os aspectos culturalmente maleáveis do comportamento sexual, configurando um importante avanço, além de considerar o interesse dos grupos envolvidos.

O Programa Nacional de Aids e as ONG atuam, portanto, considerando a diminuição da vulnerabilidade feminina como um dos principais desafios enfrentados na atualidade. A ênfase dada à vulnerabilidade que envolve as mulheres, especialmente pertencentes às classes populares, tem sido motivo de preocupação não apenas do programa brasileiro, mas de outros contextos. As medidas adotadas para esse enfrentamento têm priorizado a intensificação da divulgação das informações sobre o HIV/ Aids e seus riscos, a recomendação do uso consistente do *preservativo masculino e feminino*, além da promoção do acesso dos soropositivos aos medicamentos anti-retrovirais, dentre outras.

Nesse sentido, o preservativo feminino, que foi apresentado inicialmente como uma opção alternativa de dupla proteção a ser controlada pelas mulheres, não despertou o interesse imediato das mulheres em aderir ao seu uso. Contudo, sinalizou a importância de contextualização das questões que envolviam esse uso - sexualidade, prazer, relações de gênero, uso de drogas - por não estarem restritas exclusivamente ao campo da prevenção, mas por invadirem um espaço mais íntimo da vida dessas mulheres⁸.

A associação da Aids ao uso de drogas trouxe à tona a necessidade de elaboração de estratégias de prevenção específicas que contribuíssem para diminuir a vulnerabilidade dos(as) usuários(as) de drogas. Nesse sentido, a prática de uso de drogas, especialmente das injetáveis (cocaína, heroína, etc.), configurou-se num fator comportamental de vulnerabilidade para disseminação do vírus da Aids, por proporcionar àqueles que se injetam maior nível de exposição a situações de risco de adquirir tal vírus, seja relacionadas ao exercício da sexualidade ou ao próprio uso dessas substâncias.

Um estudo realizado em Salvador sobre as condições psicossociais e exposição ao risco de infecção pelo HIV/Aids entre usuários de drogas injetáveis (ANDRADE, 1996) evidenciou que 56% dos 100 usuários entrevistados eram portadores do HIV. Sendo que esses sujeitos referiram não ter contato com serviços de saúde da rede pública. Os dados desse estudo foram utilizados para subsidiar a implantação do programa de redução de danos em Salvador.

1.2. REDUÇÃO DE DANOS ASSOCIADOS AO USO DE DROGAS

⁸ Essa discussão será retomada no final desse capítulo.

Apesar de a história e a literatura mostrarem que o uso de drogas não é algo recente e que sua utilização por parte dos seres humanos sempre ocorreu com finalidades múltiplas (MACRAE, 1994), o advento da Aids contribuiu para evidenciar essa prática. Nesse contexto, o uso de drogas injetáveis ganha visibilidade e ao mesmo tempo reforça a discriminação contra esse tipo de usuário. Cabe ressaltar que, apesar de ser consensual afirmar que o perfil dos(as) usuários(as) de drogas varia entre as sociedades, diversos estudos (BERGERET & LEBLANC, 1991; LOWN et al, 1993; HOCGRAF et al, 1999) revelam o crescente número de mulheres que vêm consumindo substâncias ilícitas, nas diversas sociedades ocidentais.

Esses estudos sinalizam a necessidade de contextualização desse consumo por parte das mulheres, argumentando as especificidades que lhe são características. Daí a intenção de incluir nessa discussão o contexto de implementação das estratégias de Redução de Danos no Brasil, com vistas a ilustrar o envolvimento dos sujeitos deste estudo com essa questão e sua influência no uso do preservativo feminino.

É importante ressaltar que o uso de drogas lícitas ou ilícitas é uma prática que acompanha a história da humanidade, tendo múltiplas finalidades o seu uso, as quais variam de sociedade para sociedade. Desde a busca do êxtase (PERLONGHER, 1991; VELHO, 1994) à automedicação, os usos de tais substâncias ocupam um amplo espectro de práticas submetidas a controles formais e informais (CASTEL e COPPEL, 1991). Desde a Antiguidade, a cerveja, o vinho, dentre outros, eram amplamente consumidos na Europa. Neste período, o reconhecimento do seu abuso produzia tentativas de controle social através da moral e da religião (BARATA, 1992). Com o surgimento da Aids, houve uma ampliação desse controle contemplando o exercício da sexualidade dos usuários.

Discorrer sobre a trajetória histórica do consumo de drogas lícitas e ilícitas no Brasil e no mundo possibilita a contextualização das práticas associadas a esse consumo, bem como a percepção da complexidade que permeia esse tema. Entretanto, a relação entre esse consumo e a epidemia de Aids, especialmente o consumo de drogas injetáveis, é o foco central da discussão que será aqui abordada. Vale dizer que a cocaína - um alcalóide derivado da folha de coca, sintetizada em laboratório por Willstatter desde 1898 - é a principal substância utilizada pelos UDI⁹ brasileiros por via injetável. Teve um uso progressivo nos anos 70, acentuando-se nos anos 80 e 90 (CARLINI, 1995).

⁹ UDI: Usuários de Drogas Injetáveis.

A história do uso dessas substâncias pode ser caracterizada por proibições, movimentos cíclicos de intolerância/tolerância a seu consumo (CARLINI, 1992), “guerras santas ou etnocidas”, como a guerra às drogas (TREBACH & ZEESE, 1990; HENMAN, 1994), encantamentos e “demonizações” (ZALUAR, 1994), enfim uma história das paixões da miséria humana. Um exame “desapaixonado” da realidade brasileira no que se refere ao consumo de drogas ilícitas é favorecido por uma aproximação epidemiológica do problema.

Ademais, o uso do termo droga nem sempre esteve socialmente associado a valores éticos e legais (jurídicos), considerando o uso dessa terminologia pela biomedicina, por exemplo. Contudo, ao ser utilizada como referência às substâncias psicoativas consideradas lícitas e ilícitas, geralmente repercute no imaginário popular como algo ruim, negativo, reforçando assim o preconceito e a discriminação contra a pessoa que faz uso de tais substâncias, caracterizando-a, nesse sentido, como marginal (ANDRADE, 1996). Ainda assim, a pesquisadora optou por utilizar no presente estudo essa mesma terminologia, *droga*, como referência às substância psicoativas.

Dentre as estratégias implementadas na década de 80 para prevenção da Aids e de outras doenças associadas ao uso de drogas (hepatites B e C), situa-se a Redução de Danos (RD) conhecida internacionalmente pela expressão *Harm Reduction*. Esta expressão surgiu na década de 80, na Holanda, com o advento da Aids e os denominados *grupos de risco*. Representa uma política pública de saúde direcionada para usuários de drogas e sua rede de interação social. É constituída por um conjunto de estratégias de prevenção à Aids e outras doenças associadas ao uso de drogas, implementadas junto a esse segmento específico, especialmente os usuários de drogas injetáveis (UDI).

A troca de seringas usadas por novas, foi a estratégia que deu maior visibilidade à política de redução de danos no Brasil e no mundo. Porém, vale ressaltar que a RD teve origem na Inglaterra, em 1926, com o Relatório Rolleston, que estabelecia o princípio segundo o qual o médico poderia prescrever legalmente opiáceos para os dependentes dessas drogas, entendendo esse ato médico como tratamento e não “gratificação da adição”. Entretanto, foi nos anos 80 que as ações baseadas nesses princípios foram sistematizadas em forma de programas. O primeiro deles surgiu na Holanda, por iniciativa de uma associação de UDI. Daí por diante, a estratégia de RD ganhou força, configurando-se como uma importante aliada no controle dessa infecção.

No Brasil, o contexto político não facilitou inicialmente a implementação em larga escala de Projetos ou Programas de Redução de Danos (PRD). Ainda assim, a Bahia despontou como o primeiro estado brasileiro a implementar oficialmente, em 1995, as ações de RD através do PRD¹⁰. Cabe ressaltar que a primeira tentativa de implementação da Troca de Seringas entre UDI, no Brasil, aconteceu em 1989 na cidade de Santos - São Paulo. Entretanto, a iniciativa foi frustrada por uma decisão judicial. Porém, nessa época, foi implementada no Brasil outra ação de RD voltada para UDI, já adotada por países desenvolvidos. Tal ação consistia na promoção do uso de soluções de hipoclorito de sódio, utilizadas para a desinfecção de equipamentos injeção (MS, 2001).

Essa referida atividade foi posteriormente abandonada e até mesmo contra-indicada pelos PRD, devido à constatação da sua baixa eficácia. Contudo, era uma atividade que se situava entre os componentes das ações de educação em saúde realizada junto aos UDI, tendo como destaque a atuação dos Agentes Redutores de Danos (ARD)¹¹, ou seja, trabalhadores de saúde e voluntários, inclusive ex-usuários de drogas, ligados a serviços de saúde e ONG, que realizavam cotidianamente o trabalho de campo¹². Esse contato com os UDI e demais usuários viabilizado por esse trabalho facilitava o estabelecimento de vínculo entre os profissionais do PRD e esse segmento específico. O trabalho de campo funcionava como uma espécie de “termômetro” para a equipe do PRD, por expressar a repercussão das atividades diante de usuários de drogas¹³, sinalizando o seu envolvimento ou não.

As principais ações de RD desenvolvidas em quase todo o país pelos PRD são: o contato face a face com os (as) usuários (as) de drogas e sua rede de interação social; a distribuição de preservativos masculino e feminino; a divulgação de informações sobre HIV/Aids e outras doenças associadas ao uso de drogas; a troca de seringas usadas por novas; o encaminhamento para serviços de saúde; a distribuição de materiais gráficos educativos sobre HIV/Aids e outras doenças associadas ao uso de drogas; além do registro diário das ações desenvolvidas. Ao longo do tempo, cada PRD vai incorporando novas ações de acordo com as

¹⁰ Programa de Redução de Danos do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas - CETAD/UFBA.

¹¹ Nos países desenvolvidos, essa categoria profissional era reconhecida pela expressão *Out reach work*. No Brasil, eles assumiram inicialmente a denominação de agentes comunitários de saúde, com a implantação do PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde, os primeiros passaram a ser chamados de “Agentes Redutores de Danos” para evitar a confusão entre o papel desempenhado por ambos na comunidade.

¹² Contato face a face com os usuários de drogas no seu local de moradia ou de permanência, nas comunidades onde as ações de RD eram desenvolvidas.

¹³ Usuários de drogas ilícitas em geral, ou seja, drogas cujos uso, produção e comercialização são proibidos por lei.

especificidades do seu contexto local. Essas e outras ações são realizadas cotidianamente pela equipe do PRD, especialmente pelos agentes redutores de danos.

A RD inaugura uma nova práxis pautada na participação ativa dos próprios usuários de drogas, enquanto sujeitos responsáveis pelo controle de práticas relacionadas ao uso de tais substâncias e também ao exercício de sua sexualidade. A RD possibilitou a aproximação dos profissionais de saúde - envolvidos com a prevenção e o controle da Aids e de outras doenças associadas ao uso dessas substâncias - desse segmento social marginalizado e distante dos serviços de saúde da rede pública. Mesmo tendo sido assimilada por alguns setores da sociedade como estratégia que estimulava o uso de drogas. Diversos estudos encarregaram-se de mostrar o contrário, explicitando a contribuição dessa ação sobre o controle da epidemia do HIV entre os diversos usuários de drogas e sua rede de interação social (LURIE & REINGOLD, 1993; LURIE, 1997).

Dentre os princípios de RD, está o reconhecimento do direito de uma pessoa fazer uso de alguma droga ilícita. A RD prioriza o respeito à condição de cidadã dessa pessoa, bem como o seu direito de usar a droga. Essa posição assumida pela RD e exercitada na prática pelos PRD causa polêmica e geralmente tem sido combatida por alguns setores da sociedade considerados menos “evoluídos” ou mais conservadores. Por outro lado, tais setores têm sido obrigados a reconhecer a efetividade de tais ações no enfrentamento de questões tão complexas, quanto à disseminação do HIV/Aids e sua associação ao uso de drogas (Bueno, 1994). Os PRDs existentes em todo o país, em parceria com o Programa Nacional de DST/Aids e organizações¹⁴ representantes do movimento de RD, lutaram bastante nos últimos anos para transformar a RD em uma política de saúde voltada para os(as) usuários(as) de drogas. Com esse novo status de política pública, a RD deixou de ser considerada apenas um conjunto de estratégias de prevenção ao HIV/Aids voltadas para os UD.

Toda essa discussão sobre o histórico da implementação da política de RD no Brasil foi colocada com o intuito de explicitar as bases que alicerçam o PRD, onde as mulheres entrevistadas neste estudo estão vinculadas. Enfatizando a relação estabelecida entre elas e a equipe do PRD, da qual a pesquisadora faz parte, como aspecto facilitador do acesso não apenas a esses sujeitos, mas às suas histórias de vida, relatadas durante a realização das entrevistas.

¹⁴ Diversas organizações foram criadas para dar sustentação ao movimento de RD no Brasil e no mundo. Merecendo destaque a Aborda – Associação Brasileira de Redutores de Danos, fundada em 1998. Além das associações estaduais, como a ABAREDA – Associação Baiana de Redução de Danos.

Com o advento da Aids, a prática de uso injetável de drogas, especialmente de cocaína, que já era condenada pelas autoridades médicas, contribuiu para transformar o UDI em um “personagem epidemiológico” construído às pressas em nosso meio, como agente importante na dinâmica da epidemia da Aids, do ponto de vista da saúde pública. Conferiu-se ao UDI um lugar assegurado no cenário das pesquisas epidemiológicas sobre drogas e doenças transmissíveis de notificação obrigatória.

A epidemia de Aids acabou revelando a inexistência de uma política de saúde eficaz voltada para o enfrentamento do problema do uso de drogas no Brasil, especialmente de drogas ilícitas. O surgimento do crack - um subproduto da cocaína, cujo consumo associa-se a “maiores disfunções psicossociais”, pela intensa compulsão relatada pelos seus usuários e a rápida instalação de quadros compatíveis com o diagnóstico de dependência - aparece associado à Aids por apresentar risco de infecção pelo HIV e outras IST¹⁵ devido a práticas sexuais desprotegidas, referidas por aqueles que o consomem (RARTNER, 1993, NUNEZ, 1997).

Alguns estudos revelam a ocorrência da troca de práticas sexuais por crack, ou seja, alguns usuários dessa substância, caracterizados como dependentes dela por fazerem um uso abusivo, principalmente as mulheres usuárias, comercializam o próprio corpo para adquirir a substância (NUNEZ, 1997). Essa prática tem sido observada e registrada pela equipe de Redução de Danos de Salvador nas diversas áreas de atuação onde a equipe desenvolve ações preventivas. A equipe acrescenta ainda a dificuldade de estabelecimento de diálogo com tais usuários durante a abordagem face a face realizada em cada bairro da cidade de Salvador.

Segundo os registros em caderno de campo dos agentes redutores de danos, o desejo/fissura relatado pelos usuários de crack, em consumir essa substância é tão intenso que acaba interferindo no comportamento deles, tanto para potencializar o exercício de suas sexualidades, aumentando o desejo sexual, quanto ao adotar práticas sexuais menos seguras diante da DST/Aids, como a prática de relação sexual sem o uso do preservativo. Essa exposição às doenças, e conseqüente vulnerabilização desse segmento específico pode ser confrontado com a negação do risco por parte desses usuários.

Segundo Goldstein (1996), a expansão da Aids na população feminina brasileira tem fatores específicos a serem considerados, dentre eles a existência de uma classe urbana e pobre de

¹⁵ Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST.

usuários ou parceiras de Usuários de Drogas Injetáveis - *UDI* com baixo nível de escolaridade. Lembrando que as mulheres, no mundo todo, representam o segmento mais pobre da população. Porém, a conjunção desses dois fatores - baixo nível de escolaridade e de condições socioeconômicas - além de caracterizar o fenômeno denominado pauperização feminina da epidemia, sinaliza a necessidade de conhecimento acerca das especificidades do exercício da sexualidade desse segmento.

Para finalizar essa discussão retomando o tema central desse estudo, cabe ressaltar o lugar de destaque ocupado pela distribuição orientada dos preservativos masculino e feminino entre as ações de prevenção ao HIV/Aids implementadas pelos PRD junto a esse segmento específico. Essa distribuição, inicialmente do masculino, e posteriormente do feminino, sempre funcionou como um “cartão de visitas”, ou seja, um chamariz para atrair aos serviços e projetos de intervenção essas populações caracterizadas como vulneráveis. Em se tratando dos(as) usuários(as) de drogas, acrescenta-se a desconfiança decorrente da discriminação sofrida, dificultando o seu acesso a esses serviços.

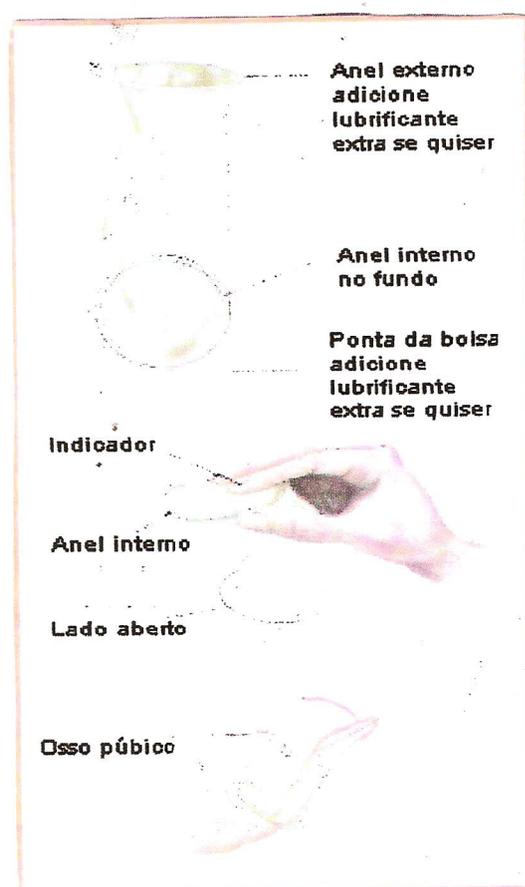
Se, por um lado, o preservativo era considerado, pelos profissionais envolvidos com a prevenção da Aids, um atrativo que despertava curiosidade e interesse das populações alcançadas por tais ações, por outro, carregava uma carga de preconceito implícito que influenciava a adesão ao seu uso (PAIVA, 2000). Daí a necessidade de uma discussão mais detalhada sobre esse método de prevenção que oferece dupla proteção.

1.3. O PRESERVATIVO FEMININO

De acordo com a literatura, a partir da década de 90, houve no Brasil e no mundo, uma preocupação especial com a implementação de estratégias de prevenção à Aids voltadas à diminuição da transmissão heterossexual, transformando-a numa questão central para o controle da epidemia de Aids (STEIN, 1990). O preservativo feminino surge nesse contexto como uma estratégia capaz de ampliar as opções de proteção feminina controladas pela própria mulher. Apesar de ter surgido na Europa, nessa época, sua comercialização nos Estados Unidos só foi liberada em 1993, sob o nome de Reality. Atualmente, é fabricado exclusivamente pela empresa “The Female Health Company”, do Reino Unido.

No Brasil, chegou ao comércio em 1997, quando seu registro foi obtido pela DKT do Brasil¹⁶, empresa representante da Reality no país. O preservativo feminino é um tubo de poliuretano com cerca de 16 cm de comprimento por 7,8 cm de diâmetro, acoplado a dois anéis flexíveis também de poliuretano. O primeiro anel fica solto dentro do tubo, serve para ajudar na inserção e fixação do preservativo no interior da vagina, junto ao colo uterino. O segundo constitui o reforço externo do preservativo, que, ao ser colocado corretamente, cobre parte da vulva. Deve ser usado uma única vez. O poliuretano é um material considerado mais resistente às condições pouco favoráveis de armazenamento que o látex utilizado na fabricação do preservativo masculino.

FIGURA DO PRESERVATIVO FEMININO



O aparecimento desse novo método de prevenção promoveu a ampliação das opções de proteção feminina com relação à disseminação da Aids e de outras doenças sexualmente transmissíveis. Entretanto, trouxe à tona uma extensa pauta de discussões envolvendo a

¹⁶ DKT do Brasil é uma organização sem fins lucrativos situada em São Paulo, atuando, desde 1990, em duas frentes: prevenção e marketing social. Ultimamente, tem concentrado sua atuação na comercialização de produtos, a exemplo dos preservativos masculino e feminino.

negociação do seu uso, junto aos parceiros sexuais dessas mulheres, bem como o poder exercido ou não por elas diante dessa negociação, as relações de gênero como pano de fundo de todas essas discussões, a percepção de vulnerabilidade diante da Aids, dentre outras questões que motivaram a realização de diversificadas incursões sobre essa temática por vários pesquisadores.

No ano de 1999, o Programa Nacional de Dst e Aids do Ministério da Saúde, implementou no país a denominada “Sistemática de Disponibilização do Preservativo Feminino”. Nesse momento foram definidos as populações femininas prioritárias, a serem alcançadas por essa estratégia de prevenção: mulheres profissionais do sexo; usuárias de drogas; parceiras de usuários; mulheres em situação de violência doméstica e/ou sexual; e mulheres com IST e de baixa renda atendidas em serviços de atenção à saúde de mulher. Apesar desse preservativo ter chegado ao Brasil em 1997, foi no ano de 2000 que o Ministério da Saúde adquiriu 2 milhões de unidades, repetindo essa compra no ano subsequente. Já no ano de 2004 essa quantidade foi duplicada, apesar do alto custo desse produto.

Com relação aos serviços definidos pelo Ministério da Saúde para disponibilizarem o preservativo feminino estão aqueles que trabalham diretamente com as populações mencionadas: serviços de saúde de referência para testagem do HIV e tratamento de DST (CTA, SAE, etc), centros de referência para a mulher vítima de violência sexual e/ou domésticas, unidades básicas de saúde, serviços de saúde da mulher e/ou planejamento familiar, bem como projetos de intervenção dirigidos a essas populações específicas, como os projetos de redução de danos - PRD, ligados a organizações governamentais ou não-governamentais. Esses serviços e projetos são definidos pelas coordenações estadual e municipal de DST/Aids de cada cidade.

Desde o seu surgimento, o preservativo feminino foi apresentado como método de prevenção que oferecia dupla proteção: prevenção das IST¹⁷/Aids e da gravidez. Porém, a necessidade de se conhecer como este método estava sendo recebido por parte dos segmentos sociais de maior evidência para a prevenção da Aids (usuárias de drogas, parceiras de usuários de drogas, profissionais do sexo e mulheres portadoras do vírus da Aids) motivou a realização de diversos estudos (KALCKMAN, 1997; BARBOSA, BERQUÓ & KALCKMAN, 1999; DESLANDES & MENDONÇA, 2001; TELLES, 2002) e pesquisas que fossem capazes de identificar os elementos que facilitavam e/ou dificultavam a adesão ao mesmo.

¹⁷ IST- Infecções Sexualmente Transmissíveis.

A incursão na literatura sobre o preservativo feminino enquanto método de prevenção das IST/Aids e da gravidez possibilitou o acesso a um número significativo de estudos quantitativos e qualitativos (KALCKMAN, 1997; DIAZ, 1997; HICKS, 1998; BERQUÓ & KALCKMAN, 1999; DESLANDES & MENDONÇA, 2001; TELLES, 2002; BULL, 2002; FARRIS, 2003; BUCKINGHAM, 2004), os quais sinalizam a preocupação dos respectivos autores com a aceitabilidade do uso desse novo método de prevenção junto às mulheres e suas diversas tipificações/categorizações (heterossexuais, soropositivas, profissionais do sexo, usuárias de drogas, parceiras de usuários de drogas, etc.).

A Organização Mundial de Saúde, em 1997, após realizar uma revisão da literatura, fez referência a 41 estudos sobre a aceitabilidade desse método de prevenção (WHO, 1997). Os resultados desses estudos mostravam a boa aceitabilidade imediata logo após o seu surgimento, expressa através das taxas de aceitabilidade que variavam de 41% a 95%, refletindo a diversidade de metodologias e populações envolvidas, bem como a complexidade dos fatores relacionados ao seu uso.

Os dois primeiros estudos realizados no Brasil sobre o uso do preservativo feminino apresentaram resultados contraditórios. O primeiro deles, realizado no estado de São Paulo, acompanhou o uso do preservativo feminino em 96 mulheres ao longo de três meses, que foram recrutadas por intermédio da mídia e de grupos organizados do movimento social. Ao término desse estudo exploratório, constatou-se, no final da observação, que 75% dessas mulheres estavam usando esse preservativo, ou seja, o novo método de prevenção teve avaliação positiva (KALCKMAN, 1997).

O segundo estudo, realizado em serviços de planejamento familiar em cinco cidades brasileiras (Belém, Brasília, Campinas, Curitiba e Recife), contou com a participação de 70 mulheres, das quais apenas 31% permaneceram usando o preservativo feminino ao longo de 12 meses. Os autores enfatizaram a dificuldade de implantação desse novo método junto à rede pública de saúde, sinalizando também a necessidade de realização de novos estudos sobre a aceitabilidade desse método com amostras maiores que pudessem contemplar as diferentes motivações para o uso, além de identificar os aspectos socioculturais, bem como aqueles relacionados ao funcionamento dos serviços de saúde, que facilitam ou dificultam a adesão ao uso (DIAZ, 1997).

Em 1998, foi realizado no Brasil um estudo longitudinal de avaliação da aceitabilidade do preservativo feminino, entre usuários de serviços de saúde da rede pública, em seis cidades brasileiras (Belo Horizonte, São Vicente, Goiânia, Cabo, Rio de Janeiro e Porto Alegre). Esse estudo teve como objetivo refletir sobre as heterogeneidades e desigualdades do ponto de vista do perfil sociodemográfico e de saúde, enfatizando os diferentes modelos de organização da atenção à saúde e as diferenças socioculturais expressas nas distintas epidemias de Aids existentes no Brasil. Além das variações no perfil de utilização de métodos contraceptivos.

Os resultados do referido estudo sinalizaram, através das altas taxas de uso do preservativo feminino (80%), a ótima aceitabilidade desse método entre as mulheres participantes do estudo. Entretanto, as taxas mais altas foram obtidas em serviços em que programas de saúde estão estruturados, segundo modelos de atenção que privilegiam o trabalho comunitário, ou nos serviços que dão ênfase ao trabalho educativo na unidade de saúde. Tal fato aponta para a importância da forma e da qualidade da oferta dos serviços de saúde na aceitabilidade do preservativo feminino (BARBOSA, 1999).

Em 2002, foi realizado, em cinco cidades brasileiras, um estudo qualitativo, com a aplicação de questionários, entrevistas em profundidade e grupos focais, realizados entre mulheres que utilizavam o preservativo feminino há pelo menos quatro meses e seus parceiros sexuais. Os dados produzidos por esse estudo revelaram a baixa adesão das informantes a esse novo método de prevenção, entre todas as categorias investigadas. Esse dado foi referido pelas informantes como resultante da estética pouco atraente do preservativo feminino, do alto custo desse método e da dificuldade de negociação do uso com seus respectivos parceiros. Os dados evidenciaram a existência de falhas na sistemática de distribuição desse método em alguns serviços de saúde, dificultando também a adesão das mulheres ao uso desse novo método de prevenção (TELLES, 2002).

Os dados sinalizaram ainda que a tomada de decisões relacionadas à saúde, no contexto de prevenção do HIV/Aids é algo que vai além do repasse de informações relevantes sobre as formas de transmissão do vírus e orientação sobre o uso correto do preservativo, constituindo-se como uma questão muito mais complexa. Esses resultados reforçaram a necessidade de levar em conta as diferenças de ordem social e cultural que impedem ou dificultam a implementação de medidas preventivas e, conseqüentemente, a adoção de práticas mais seguras, como a adesão ao uso do preservativo feminino.

A maioria dos estudos brasileiros realizados até o presente momento acerca dessa temática elegeu como foco principal da investigação a identificação de fatores que facilitam e/ou dificultam a adesão ao uso do preservativo feminino por mulheres pertencentes a grupos considerados mais vulneráveis. O fato de utilizarem estratégias de investigação de natureza quantitativa contribuiu para ratificar esse foco (SILVA e Cols, 2002; MAGALHÃES e Cols, 2002; PECHANSKY e Cols, 2002; BUCHALLA e Cols, 1996). Apesar de esses estudos apresentarem uma valiosa contribuição sobre essa temática, os resultados encontrados sinalizam a necessidade de maior aprofundamento sobre o contexto sociocultural no qual estão inseridas as dificuldades de adesão ao uso desse método evidenciadas nesses estudos.

A revisão na literatura internacional sobre essa temática permitiu constatar que o foco principal de investigação entre os pesquisadores estrangeiros não difere muito dos priorizados na literatura nacional, ou seja, a maioria deles aborda o conhecimento dos fatores que facilitam e/ou dificultam a adesão ao uso por parte da população investigada - mulheres de baixa renda, mulheres pertencentes a grupos considerados vulneráveis - (HINKLE e Cols, 1992; WEE e Cols, 2004; FRENCH e Cols, 2003; THATO e Cols, 2003; MARSEILLE e Cols, 2001; PINKERTON, S. & ABRAMSON, P., 1997; RAY e Cols, 1995; CIVIC, D. & WILSON, D., 1996). Além de investigarem também a sistemática de distribuição do preservativo feminino em diversas localidades, assim como o acesso da população a este método de prevenção.

Os achados de natureza qualitativa encontrados apontam a necessidade de maior investimento em estudos que sejam capazes de contextualizar os fatores socioculturais que facilitam ou dificultam a apropriação por parte das mulheres, especialmente das mais vulneráveis (VASCONCELOS e Cols, 2004; PRAÇA, 2003; ARAÚJO e Cols, 2002; GREEN et al, 2001; GUPTA, 1995) diante desse novo método. Esses estudos apenas identificam esses fatores, geralmente apresentados em formato de tabelas, sem necessariamente estabelecer uma correlação entre eles e o contexto sociocultural em que os sujeitos da investigação estão inseridos. Os sujeitos participantes desses estudos geralmente são acessados em serviços de saúde, o que por um lado facilita o contato com determinadas populações, como as mulheres portadoras do HIV, e dificulta o contato com outras, a exemplo das mulheres usuárias de drogas.

Nesse sentido, a dificuldade de acesso a esse segmento específico, aparece como um fator relatado por alguns autores como justificativa para o não preenchimento das lacunas ainda existentes na área qualitativa. Daí a contribuição que esse estudo pode trazer no sentido de

preencher algumas dessas lacunas. Diante da problemática abordada sobre a epidemia de Aids, configurada atualmente como uma pandemia, bem como o uso de drogas por mulheres e o uso do preservativo feminino, a proposta deste estudo foi responder à seguinte questão de investigação: Como as mulheres usuárias de drogas ilícitas, vinculadas ao Programa de Redução de Danos de Salvador, percebem e utilizam o preservativo feminino? Na tentativa de encontrar respostas para essa questão de investigação a pesquisadora elaborou os seguintes objetivos para esse estudo:

1.4. OBJETIVOS DO ESTUDO

1.4.1. Objetivo Geral

Conhecer os significados e práticas associadas ao uso do preservativo feminino, por mulheres usuárias de drogas ilícitas, residentes em um bairro popular de Salvador e vinculadas ao PRD/Salvador.

1.4.2. Objetivos Específicos:

- Identificar e analisar significados e práticas associadas ao uso do preservativo feminino por mulheres usuárias de drogas ilícitas, enfatizando as relações existentes entre estas práticas e sua vulnerabilidade à infecção pelo Hiv/Aids;
- Analisar a influência das relações de gênero na construção dos significados e práticas no contexto de negociação do uso do preservativo feminino.
- Identificar no discurso das mulheres usuárias de drogas ilícitas elementos que facilitam e/ou dificultam a adesão ao uso do preservativo feminino.

CAPÍTULO II - REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 SEXUALIDADE, RELAÇÕES DE GÊNERO E VULNERABILIDADE FRENTE AO HIV/AIDS

O surgimento da Aids no Brasil, assim como as transformações sociais relacionadas ao campo da sexualidade e da reprodução, nas últimas três décadas, contribuiu para a retomada de debates surgidos no bojo do movimento feminista, que veio problematizar as desigualdades de poder expressas nas relações de gênero e o lugar de subordinação das mulheres tanto na esfera da vida pública quanto nas relações privadas. O aumento do número de mulheres nos dados epidemiológicos de Aids, a partir da heterossexualidade enquanto categoria social de exposição, amplifica este debate, por fazer revelar as intrincadas relações do sexual com as dimensões de gênero e a real capacidade das mulheres em terem autonomia e poder em relação a sua saúde sexual e reprodutiva.

Como um segmento inicialmente considerado fora dos denominados “grupos de risco” (BARBOSA & VILELA, 1996), às mulheres heterossexuais foi construída socialmente uma imagem de imunidade diante da Aids. A crescente frequência das mulheres nos dados epidemiológicos estabelece a ruptura desta representação constituída e a urgente necessidade de se compreender os significados e a estrutura subjacente ao exercício da sexualidade neste segmento e como estas questões conformam um substrato explicativo para a assunção da vulnerabilidade feminina à Aids.

Nesse sentido, pesquisadores de diferentes campos do saber e profissionais da área de saúde, especialmente aqueles envolvidos com a prevenção e o controle da doença, tiveram que elaborar estratégias que contemplassem outros aspectos não redutíveis apenas ao campo biomédico envolvendo o exercício da sexualidade desses sujeitos. Emerge a problematização correlacionada às diferentes subculturas sexuais e a correlação destas com outras dimensões comportamentais, como o uso de drogas, que conferiria vulnerabilidades justapostas à infecção por HIV/Aids.

Inicialmente amparada num modelo que privilegiava o enfoque estatístico do comportamento sexual, redutível à verificação de números de parceiros sexuais, as estratégias de produção de conhecimento em HIV/Aids foram transitando gradativamente, a partir da década de 90, de

um modelo biomédico para a elucidação de contextos sociais e culturais que constroem e modelam a sexualidade e a forma como homens e mulheres experienciam o sexual.

De algum modo, a perspectiva de apreensão da sexualidade como um construto socialmente constituído não se colocava como uma idéia nova, originada a partir das elaborações teóricas erigidas para compreender e enfrentar a epidemia de Aids. A antropologia e as ciências sociais vêm há algum tempo demonstrando como a cultura e a ordem social definem o que é sexual e o modo como os indivíduos o internalizam e lhe atribuem significados. Os estudos de Foucault (1988) acerca da sexualidade a posicionam numa perspectiva histórica, revelando como o que hoje entendemos por sexualidade tem se modificado no tempo e se organiza de acordo com o projeto de sociedade que cada época histórica constitui.

As contribuições de Foucault (1988) aos estudos da sexualidade demonstraram, de modo incisivo, as relações estabelecidas entre estas e os mecanismos sociais, instaurados nas relações com o Estado e com a ordem econômica e social. Para este autor, a sexualidade constituía-se enquanto tal como uma experiência significada no espaço social e tomada, a partir do século XIX, com a organização do modo de produção capitalista e da sociedade burguesa, para os domínios da regulação pública (COSTA, 1979; FOUCAULT, 1988; MACHADO, 1979; PARKER, 2000).

A apropriação da sexualidade para a regulação pública atendia aos interesses de um Estado, no qual a população se colocava como sua maior riqueza e para a qual interessava conformar poder de influência nos domínios do corpo e na vivência do sexual. Este poder de influência se organizava em torno de saberes e construções diversas de colocação do sexo em discurso. Segundo Foucault (1988: 27), “cumpre falar do sexo como de uma coisa que não se deve simplesmente condenar ou tolerar, mas gerir, inserir em sistemas de utilidade, regular para o bem de todos, fazer funcionar segundo um padrão ótimo”.

A discursividade acerca do sexo instala-se por distintos mecanismos em diferentes instituições - família, escola, Estado - e em diferentes campos disciplinares: demografia, medicina, biologia, psicologia, psiquiatria, dentre outros. De todo modo, é no campo da medicina que a sexualidade assume um lugar de maior explosão discursiva, configurando-se como instância determinada pelo instinto, cuja finalidade é o cumprimento da reprodução. O pensamento ocidental acerca da sexualidade torna-se profundamente marcado pela apreensão desta no

domínio do biológico, que a molda enquanto uma categoria universal, naturalizada por pertencer à natureza humana e, portanto, a-histórica.

Nesse contexto, emerge o enfoque essencialista de constituição da sexualidade, argumentando que os corpos de todos os seres humanos nasciam com um instinto sexual a serviço da reprodução (HEILBORN, 2003). O essencialismo, tributário da vertente biomédica e psicanalítica, pressuporia uma energia ou instinto inerente aos corpos, ocupando a reprodução um destino último e legítimo para a vivência do sexual (HEILBORN, 2003; LOYOLA, 1999), atribuindo assim à sexualidade a finalidade da reprodução biológica da espécie.

Na perspectiva dos estudos antropológicos acerca da sexualidade, uma corrente explicativa deste construto foi o modelo denominado de influência cultural. Nesta concepção, segundo Vance (1995), admite-se a existência de uma base biológica universal a constituir a sexualidade, no entanto ressalta que esta base seria modelada pela influência da cultura no processo de aprendizagem. Essa vertente vai enfatizar o papel da cultura e do aprendizado na formação do comportamento e das atitudes sociais, passando a considerar a sexualidade como uma instância produzida nos contextos culturais e históricos específicos.

O modelo da influência cultural foi aplicado inicialmente nas sociedades consideradas “primitivas”, tendo em vista que essas sociedades eram objeto de estudo dos antropólogos naquele momento. Daí que os estudos sobre a sexualidade eram inseridos no conjunto de regras que regulavam a reprodução biológica e social de determinadas comunidades. Tais estudos reconheciam que, apesar da pulsão sexual ser universal e biologicamente determinada, poderia ser modelada pela cultura que influenciaria na forma de expressar essa sexualidade através dos homens e das mulheres.

O processo de desconstrução e quebra da hegemonia dos conceitos biológicos referentes à sexualidade acompanhou a elaboração da teoria da construção social da sexualidade. Essa teoria foi reforçada pelos estudos sobre a história da sexualidade, os quais procuravam demonstrar que a sexualidade é um campo simbólico e político, onde o controle religioso foi cedendo espaço ao controle do Estado. Constatava-se o progressivo predomínio dos discursos reguladores médicos no decorrer dos séculos XIX e XX. Nessa época, os discursos médicos dominantes passaram a ser desconstruídos com o nascimento de novas formas de pensar e organizar a sexualidade.

A abordagem construtivista problematiza a universalidade do instinto sexual. De acordo com essa perspectiva, não se pode estabelecer uma definição de sexualidade que seja extensiva a toda a humanidade, ou seja, não se pode afirmar que os atos sexuais fisicamente idênticos têm importância social e significados subjetivos idênticos. Nessa abordagem, a reprodução não é o núcleo da sexualidade. Além disso, não se pode aceitar que um ato sexual tenha um significado social universal. O modelo de construção social considera que as diferentes culturas estruturam as experiências sexuais e afetivas. Nesse sentido, a cultura é a grande responsável pela transformação de corpos sexuados em corpos socializados.

A literatura nos apresenta duas correntes originadas da teoria da construção social: o “construtivismo radical” x “construtivismo moderado”, definido por Vance (1995), e o “culturalismo extremo” x “materialismo teórico”, definido por Loyola (1999). Ao discorrer sobre essas formulações, Santos (2001) argumenta que a diferença entre elas reside no discernimento do que é construído na sexualidade, sendo que as vertentes mais radicais negam qualquer traço endógeno/universal/invariante, enquanto as posições mais moderadas pensam o social, analisando como ele se inscreve, ou seja, como ele é significado no corpo biológico.

Segundo Vance (1995), após o surgimento da Aids, houve um fortalecimento dos modelos essencialista e de influência cultural no estudo da sexualidade, principalmente por ser um campo próximo onde predominam as abordagens biomédicas, cujo discurso prioriza o papel do biológico no comportamento sexual, apesar de reconhecer que a sexualidade é influenciada pela cultura.

Corroborando com essa autora, Parker (1999) argumenta que a sexualidade humana deva ser entendida como sendo social e culturalmente construída, ou seja, como um produto dos sistemas sociais e culturais que modelam não só a experiência sexual, mas as formas pelas quais interpretamos e entendemos essa experiência. Essa concepção do autor enfatiza o papel da cultura na constituição da sexualidade em detrimento da sua natureza biológica.

Para Geertz (1989) apud Iriart (2001), a cultura pode ser definida como um sistema simbólico, ou seja, como formas de pensar que conformam uma visão de mundo através de valores e motivações conscientes e inconscientes. Na visão desses autores a cultura seria uma espécie de lente através da qual as pessoas interpretam e dão sentido ao seu mundo. De acordo com

essa perspectiva, os indivíduos herdam um conjunto de princípios, conceitos, regras e significados que modelam e se expressam na forma como eles vivem.

Nas intervenções voltadas para a saúde, é de fundamental importância considerar a ação da cultura, tendo em vista que o conteúdo que se deseja transmitir estará sempre sendo reinterpretado a partir das categorias culturais centrais que orientam e ordenam a visão de mundo dos sujeitos. Nesse sentido, a transformação de formas tradicionais de realizar determinadas atividades geralmente encontra resistência por parte dos sujeitos inseridos naquele contexto, por demandar uma mudança de ordem cultural. Contudo, a cultura não deve ser apreendida, como um conjunto homogêneo e completamente coerente de significações, pois, assim como a sociedade, ela é complexa e multifacetada, comportando contradições e a coexistência, no mesmo contexto social, de diferentes visões de mundo (IRIART, 2001).

Seguindo essa linha que relaciona a constituição da sexualidade à cultura, Bozon (2004) focaliza o papel central da construção social na elaboração da sexualidade humana. Esse autor define a sexualidade humana, enquanto construção social, como a coordenação de uma atividade mental com uma atividade corporal, aprendidas ambas através da cultura. Apesar da existência de vários conceitos de sexualidade terem sido aqui abordados, este estudo orientou-se por essa definição por concordar com esse autor que *“essa sexualidade construída socialmente pelo contexto cultural em que está inscrita extrai sua importância política daquilo que contribui, em retorno, para estruturar as relações culturais das quais depende, na medida em que as “incorpora” e representa.*

Cabe, então, ressaltar a opção da pesquisadora em adotar a perspectiva do construtivismo social (VANCE, 1995), neste estudo, como referência para compreensão do exercício da sexualidade dos sujeitos, possibilitando assim a compreensão das especificidades da sexualidade expressa no discurso e nas práticas das mulheres usuárias de drogas ilícitas, por atribuir à cultura o papel de socializar os comportamentos e as atitudes dos sujeitos com relação ao sexo.

Não apenas a adoção desta corrente conceitual permitirá a apreensão do modo como mulheres usuárias de drogas ilícitas expressam a vivência de sua sexualidade, como também um olhar sobre a especificidade da cultura sexual brasileira, que baliza o modo como homens e mulheres internalizam os códigos culturais relacionados à sexualidade, suas práticas e formas de posicionamento dos gêneros diante do sexual.

De acordo com a análise realizada por Parker (1991) sobre a diversidade sexual brasileira, existe um sistema cultural mais amplo, composto por múltiplos subsistemas que moldam a diversidade sexual no Brasil. O autor complementa a sua análise admitindo também a existência de uma subcultura sexual brasileira, enfatizando que esse é um dos fatores que contribui para a exposição das mulheres ao HIV/Aids.

Para este autor, a construção da sexualidade brasileira organiza-se em alguns subsistemas, dos quais se destaca o subsistema relacionado à ideologia patriarcal. No âmbito deste subsistema, as relações patriarcais conformaram o modelo da sociedade brasileira e as bases representacionais para as interações sociais e as relações entre os sexos. A partir da compreensão do impacto do modelo patriarcal nas relações de gênero e na forma como homens e mulheres se posicionam diante do sexual, podemos entender o comportamento das mulheres, sujeitos desta pesquisa.

O autor mostra que a sexualidade no Brasil é definida em termos de papéis sexuais ativos ou passivos e menos em termos de uma identidade homossexual ou heterossexual, sinalizando, assim, a necessidade de análise e compreensão dos elementos constitutivos da variabilidade de recursos e repertórios que conformam essa subcultura (PARKER, 1997).

Relacionado ao subsistema da ideologia patriarcal, e como produto deste, emerge um sistema hierarquizado de gênero, no qual o masculino e o feminino organizam-se em modos antagônicos, no escopo das relações sociais mais amplas, e no âmbito da vivência do sexual, no qual se espera dos homens mais virilidade, parcerias, e das mulheres, submissão e atendimento aos desejos e necessidades dos homens.

De todo modo, estes padrões mais tradicionais da cultura sexual brasileira e suas implicações na organização assimétrica das relações de gênero têm sido atualizados com as transformações ocorridas na sociedade brasileira nas últimas décadas. O cenário é menos hegemônico, as posições de gênero estão sendo questionadas na busca de uma maior equidade, inclusive no campo do sexual, e as mulheres tendem hoje a reivindicar um potencial desejante e mais autônomo ante a sua própria sexualidade. Estas alterações no padrão social, em convivência com os modelos mais tradicionais, estão presentificadas nas narrativas encontradas na pesquisa, que nos informa um domínio do sexual em transformação.

As desigualdades estruturais existentes na sociedade brasileira refletidas, dentre outras coisas, na assimetria de poder entre homens e mulheres tem sido alvo de discussão entre os

pesquisadores como um dos fatores responsáveis pela vulnerabilidade feminina diante da Aids (PARKER & GALVÃO, 1996). As dificuldades enfrentadas pelas mulheres no tocante à negociação de práticas sexuais mais seguras, a exemplo do uso do preservativo com seus parceiros, representam um entrave para a prevenção da Aids (SCHNEIDER, 1992; GOLDSTEIN, 1994; SCHEPER- HUGHES, 1994; VILELA, 1996).

O termo gênero era tradicionalmente usado para designar a variação dos fenômenos na linguagem, dentre eles, as formas femininas e masculinas. Durante a segunda metade século XX, a noção de sexualidade difundida pelas vertentes essencialista e da influência cultural passou a ser duramente criticada pelo movimento feminista. Houve um esforço muito grande por parte desse movimento no sentido de compreender e explicar a condição de subordinação das mulheres, especialmente por não ser um tema abordado pelas ciências humanas.

A partir da segunda metade da década de 60, com a consolidação do feminismo enquanto luta política contra a opressão das mulheres, esse conceito foi se difundindo nas discussões das ciências sociais, por remeter à determinação social da distinção entre fenômenos masculinos e femininos (NICHOLSON, 2000). As feministas formularam o conceito de gênero na tentativa de refutar uma compreensão biologicista das diferenças entre homens e mulheres, cuja ênfase recaía na distinção anatômica entre os representantes masculino e feminino da espécie humana como sendo essa a chave para explicação de seus modos de funcionamento social.

Diante do grande questionamento sobre o papel da reprodução como elemento estruturador de posições sociais diferenciadas entre mulheres e homens, o funcionalismo apresentou o conceito de “papéis sexuais”, como um elemento estruturante das diferenças entre homens e mulheres, cuja função principal era a de assegurar a reprodução sexual e social. Entretanto, o movimento feminista criticou a teoria funcionalista por considerar que ela legitimava a subordinação feminina, ao limitar as diferenças de papel sexual somente no âmbito da família, e ao estruturar essas diferenças a partir da reprodução. Além de limitar a potencialidade desse conceito gênero - papéis sexuais, enquanto categoria analítica para explicar o conjunto mais amplo da dinâmica social.

As diferenças sociais entre homens e mulheres passam a ser reivindicadas como o cerne do conceito de gênero, que postula a ruptura da naturalização instalada a partir das diferenças visíveis nos corpos e nos lugares biológicos da reprodução. A organização das distinções entre homens e mulheres e os atributos assimetricamente distribuídos a estes seriam produtos

socialmente construídos, porém socialmente legitimados como naturais, em função de complexos processos de internalização nos sujeitos.

O conceito de gênero, definido enquanto a forma hierarquizada e diferenciada como a identidade da mulher e do homem é construída em contextos socioculturais específicos (PAIVA, 1994), deve ser levado em consideração com relação à implementação e, conseqüentemente, adoção de práticas sexuais mais seguras, por influenciar nos fatores que possibilitam a compreensão da disseminação do HIV/Aids entre mulheres.

Há uma tensão entre a justificativa da valorização da saúde e o desafio de evitar a normatização excessiva ou ideologizada das condutas sexuais, permeadas pelas questões de gênero. Dentre os desafios colocados a partir do desenvolvimento do conceito de gênero, situam-se algumas tensões detectadas na operacionalização da noção de poder que constitui o conceito de gênero. Segundo Barbosa (1999), apesar da assimetria de poder entre os gêneros ser real, ela pondera que (...) conceber o poder de maneira estanque, como algo absoluto contra o qual não existe nenhuma possibilidade de resposta, de reação, de resistência, é simplesmente simplificar os jogos envolvidos nas negociações em torno da experiência sexual. (p.78). Desta forma, ela rompe com uma certa cristalização do poder presente nos discursos sobre gênero. Ela nos coloca diante do imperativo de explicar por que ele se afigura como cristalizado, concentrado num determinado pólo.

A autora salienta ainda que as mulheres, de modo geral, tentam criar estratégias para lidar com os diversos antagonismos existentes na sociedade. Nesse sentido, ela aponta como uma saída promissora a inversão da perspectiva analítica do estabelecimento das relações políticas no âmbito do gênero, por exemplo, por considerar tanto como um avanço desse campo teórico, quanto para a luta contra a opressão feminina.

Para ilustrar essas contradições das relações sociais que se estabelecem entre os sexos, Gupta e Weiss (1995) argumentam que o surgimento de métodos de prevenção ao HIV/Aids, a exemplo do preservativo feminino e dos microbicidas-virucidas, apesar de representar avanço no campo da prevenção, contribuiu para realçar as contradições decorrentes das desigualdades nas relações de gênero. Apesar de serem métodos controlados pela mulher, sua adesão vai envolver negociações com seus parceiros, as quais perpassam também pela forma como esses sujeitos lidam com as questões de gênero no cotidiano.

Diversos estudos socioantropológicos têm articulado os conceitos de sexualidade, gênero e poder com o intuito de compreender a crescente disseminação da Aids entre mulheres (BARBOSA, 1999, KNAUTH, 1998, KNAUTH, 1999, HEILBORN & GOUVEIA, 1999). Esses estudos abordam questões relacionadas às representações sociais acerca da sexualidade; da negociação sexual; das implicações da infecção do HIV na subjetividade de mulheres de classes baixa e média; assim como a relação entre a Aids e o uso de drogas.

A literatura tem destacado a existência das desigualdades nas relações de gênero no âmbito público (condições socioeconômicas deficitárias) e no privado (relações afetivas e sexuais), enfatizando que esses fatores acarretariam maior vulnerabilidade das mulheres às DST/Aids, devido à dificuldade de negociação de práticas sexuais mais seguras e acesso à vida sexual do parceiro. O conceito de vulnerabilidade foi amplamente difundido com o advento da Aids, sendo utilizado aqui como um conjunto de aspectos que sejam mais sensíveis aos contextos concretos de indivíduos (AYRES, et al., 1999).

Esse conceito foi proposto por Mann (1993) para compreender a suscetibilidade à Aids integrando o indivíduo na comunidade e no seu contexto sociocultural mais amplo. Mann apresenta três elementos para avaliação da vulnerabilidade: individual, social e programática. Nesta perspectiva, não basta considerar apenas o grau e a qualidade das informações disponibilizadas para os indivíduos, mas o poder de incorporá-las às mudanças práticas e a existência de programas específicos.

Vale assinalar que a vulnerabilidade possui um caráter relacional, o que a distancia da idéia de responsabilidade individual implicada em modelos comportamentais mais tradicionais (AYRES et al. 1999, 2003). Esse novo percurso conceitual permite ir além das estimativas de risco epidemiológico e incorporar valores, a intersubjetividade e as questões políticas nas concepções e práticas de saúde (AYRES, 1997). Por outro lado, esse modelo de vulnerabilidade não nos oferece ferramentas teóricas para análise dos significados com os quais os sujeitos interpretam e lidam com o risco, consensualmente reconhecidos como aspectos importantes quando se discute mudança de comportamento.

A breve exposição de algumas questões centrais que se colocam na compreensão da vulnerabilidade feminina com relação à Aids mostra-nos que a implementação de medidas preventivas entre mulheres, especialmente as que pertencem a grupos mais vulneráveis, como as usuárias de drogas ilícitas, é um tema bastante complexo e que envolve questões de

natureza política. Tal complexidade expressa a necessidade de mudanças sociais e culturais, a longo prazo, que levem o fortalecimento do poder de negociação feminino ao interior da sociedade brasileira, ampliando também o poder de mobilização dos recursos e idiomas culturais existentes na mesma.

Um dos principais componentes envolvidos na adoção das tão propagadas medidas preventivas é a necessidade de “negociação sexual” entre homens e mulheres. Segundo Barbosa (1999), a idéia de negociação no campo da sexualidade não é nova. Entretanto, revela que houve uma transformação semântica do termo: se antes era algo que se processava no âmbito da prostituição, ela ganha um novo sentido com o advento da Aids - um valor de preservação da saúde. Com a disseminação do HIV/Aids entre as mulheres, a idéia de negociação sexual passa a ser fortemente associada ao conceito de *empowerment* (BARBOSA, 1999), tecnicamente definido como uma melhor capacidade de comunicação e maior acesso à informação – requisitos fundamentais para o desenvolvimento de habilidades para a negociação sexual.

A operacionalização do conceito de *empowerment* tem sido amplamente criticada, principalmente por representar uma redução do sentido mais amplo dessa noção, tão batalhada pelo movimento feminista; uma redução à negociação do uso do preservativo; além desse conceito assumir sentidos distintos a depender do contexto em que são produzidos. Segundo Giffin (1998), os pesquisadores devem suspeitar das concepções dominantes de masculinidade e de feminilidade para que possam perceber o que mais se produz nessas identidades, evitando assim, perpetuá-las.

Outra crítica feita ao conceito de *empowerment* diz respeito à idéia de poder. Diversos estudos têm discutido a assimetria de poder existente nas relações entre homens e mulheres. Essa desigualdade de poder, foi construída com a contribuição de um histórico patriarcal e legitimada por certos discursos de saber que tenderam a justificar os destinos de homens e de mulheres, tomando por base as diferenças biológicas existentes entre eles (PARKER, 1991). Contudo, a utilização do conceito de *empowerment* nesse estudo, associado à noção de poder, terá sentido para orientar a discussão sobre o contexto de negociação do uso do preservativo onde os sujeitos têm a oportunidade de expressar o exercício do poder de negociação de práticas sexuais protegidas.

Nesse sentido, parte-se do pressuposto de que, para compreender os fatores associados ao uso do preservativo feminino em um dado contexto sociocultural, é necessário compreender a rede simbólica tecida em torno do preservativo feminino, por parte dos sujeitos envolvidos, assim como a prática concreta dos mesmos com relação a esse método de prevenção.

A compreensão dessa rede e da prática concreta desses sujeitos possibilitou responder aos diversos questionamentos aqui abordados e que serão aprofundados ao longo dos próximos capítulos. Tais questionamentos têm inquietado não apenas pesquisadores, de modo geral, mas os profissionais envolvidos com projetos de intervenção e serviços de saúde que tentam, incansavelmente, responder às demandas que essas temáticas fazem emergir. À luz da antropologia interpretativa, os achados desse estudo poderão contribuir para estimular esses profissionais a contextualizarem cada vez mais suas práticas e ações desenvolvidas junto às mulheres usuárias de drogas, ampliando o exercício de tais práticas, reconhecendo a importância dos aspectos socioculturais relacionados a essa temática.

CAPÍTULO III - CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

... A cultura de um povo é um conjunto de textos, eles mesmos conjuntos, que o antropólogo tenta ler por sobre os ombros daqueles a quem eles pertencem. Olhar as formas simbólicas como "dizer alguma coisa sobre algo" e dizer a alguém, é pelo menos entrever a possibilidade de uma análise que atenda à sua substância, em vez de fórmulas redutivas que professam dar conta delas...

Geertz (1989)

O presente estudo foi construído a partir de um recorte de um projeto¹⁸ mais amplo intitulado "Estudo sobre Adoção de Práticas Sexuais mais Seguras entre Mulheres que Participam de Intervenções Educativas com o Preservativo Feminino". A minha participação neste projeto, como supervisora local das cidades de Salvador e Recife, estimulou o desejo de analisar especificamente os dados produzidos junto às usuárias de drogas em Salvador, assim como coletar dados complementares que permitissem aprofundar questões pouco exploradas no projeto maior, que denominarei aqui de estudo de referência. Neste sentido, descreverei a trajetória metodológica do estudo de referência, cujos dados foram utilizados nesta dissertação, demarcando e explicitando também a especificidade da coleta de dados complementares realizada pela pesquisadora dois anos depois.

3.1. O ESTUDO DE REFERÊNCIA

O projeto-mãe foi realizado em 2002, em seis cidades brasileiras: Salvador, Recife, Belém, Rio de Janeiro, Porto Alegre, Itajaí e São José do Rio Preto, tendo como objetivo analisar os fatores que dificultam ou facilitam a adoção de práticas sexuais mais seguras e a adesão ao uso do preservativo feminino. A metodologia utilizada foi qualitativa, realizada através de questionários, entrevistas semi-estruturadas e grupos focais. Foram definidos como critérios de inclusão das informantes nesse estudo: estar utilizando o preservativo feminino há mais de quatro meses¹⁹; pertencer a grupos considerados vulneráveis (mulheres usuárias de drogas, parceiras de usuários de drogas, profissionais do sexo, portadoras do HIV, além de usuárias de

¹⁸ Esse estudo foi financiado pela CN-DST/AIDS-MS, coordenado pelo Prof^o Paulo Telles – Universidade Estadual do Rio de Janeiro - UERJ, em 2002. Os dados produzidos por esse projeto maior foram utilizados e complementados por esta dissertação através da realização de novas entrevistas com as mesmas informantes e com novas informantes.

¹⁹ Esse dado era conferido através da Ficha de Acompanhamento do uso do preservativo feminino, utilizada pelos serviços cadastrados para distribuírem esse preservativo. Uma cópia da ficha de cada informante era anexada a sua respectiva entrevista.

serviços de saúde da mulher que participavam de estratégias de prevenção com o uso do preservativo feminino); estar na faixa etária de 18-39 anos; estar vinculada a um dos serviços²⁰ definidos previamente pelo estudo. Cabe ressaltar que os parceiros sexuais dessas mulheres também foram incluídos no estudo.

Após serem selecionadas e concordarem em participar do estudo maior, todas as informantes receberam e assinaram um Termo de Consentimento informando que confirmava a concordância delas em participar do estudo, com a garantia de confidencialidade dos dados coletados, bem como de suas identidades, para evitar qualquer tipo de constrangimento²¹. O mesmo procedimento foi adotado durante a realização da coleta dos dados complementares.

A amostra deste estudo foi composta por 287 entrevistadas, representantes dos cinco grupos anteriormente mencionados, e 31 parceiros sexuais dessas mulheres. A amostra da cidade de Salvador²² foi composta por 53 mulheres e apenas três parceiros²³ dessas informantes. Todos os informantes responderam a um questionário sociodemográfico e participaram de uma entrevista em profundidade. Sendo que alguns deles foram selecionados para participar dos grupos focais. As entrevistas realizaram-se com base em um roteiro semi-estruturado composto pelos seguintes tópicos:

História sexual: início da vida sexual (contexto, orientações/informações sobre sexo), prazer – desprazer, importância do sexo na vida.

Relações de gênero: significados associados aos papéis masculinos e femininos, desigualdades de gênero, estratégias femininas de subversão dessas desigualdades, cuidados com a saúde, prevenção da gravidez, ocorrência de IST, relação entre o uso de drogas e uso do preservativo.

²⁰ Os serviços definidos para participarem desse estudo foram: Organizações Não-Governamentais (ONG), serviços de saúde pública e Projetos de Redução de Danos (PRD) que possuíam uma estrutura de funcionamento adequada, ou seja, documentação adequada sobre a sistemática de distribuição do preservativo feminino organizada e atualizada, além de capacidade para acompanhar as mulheres que participavam das intervenções com esse preservativo.

²¹ Cabe ressaltar que o projeto maior, assim como o estudo complementar foram submetidos e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa de suas respectivas instituições.

²² Como a cidade de Salvador não conseguiu completar a amostra de mulheres atendidas em serviços de saúde pública, nem realizar entrevistas com mulheres portadoras do Hiv, essas entrevistadas foram realizadas na cidade de Recife, por pertencer a mesma região de Salvador. Ainda assim não foi possível completar a amostra de mulheres portadoras do Hiv nessa cidade.

²³ 01 parceiro de mulher usuária de drogas e 02 parceiros de profissional do sexo. A maioria das cidades encontrou dificuldades no recrutamento desses informantes.

Uso de preservativo masculino: tempo de uso, argumento de sensibilização do parceiro para uso e situações de uso e/ou não-uso.

Uso de preservativo feminino: experiências de uso (inserção no programa de distribuição, mudanças, sensações, sentimentos), reação dos parceiros, vantagens/desvantagens, situações de uso/não-uso e motivações para continuidade do uso.

Relações intragênero: (conversa com outras mulheres sobre os temas abordados por esse roteiro, especialmente sobre o preservativo feminino) – opiniões, comentários, vivências, desistências do uso do preservativo feminino.

Sugestões para o programa de distribuição do preservativo feminino.

Os dados produzidos por este estudo foram divulgados em formato de um relatório de pesquisa, após dois anos de sua realização, apresentados nessa dissertação na revisão da literatura²⁴.

Na presente dissertação, foram utilizados os dados referentes às usuárias de drogas entrevistadas em Salvador. No estudo de referência, foram realizadas 10 entrevistas com mulheres usuárias de drogas vinculadas ao Programa de Redução de Danos de Salvador. Das 10 mulheres que participaram do projeto-mãe, duas não foram localizadas pela pesquisadora para a realização da coleta de dados complementares em 2004 por terem mudado de bairro. Dentre as oito restantes, uma teve que ser excluída por estar com idade acima da faixa etária prevista²⁵, que era de 18-39 anos. Desta forma, foram utilizadas para a análise nesta dissertação as entrevistas realizadas com sete informantes do projeto-mãe. Estas mulheres foram recontatadas dois anos depois, na coleta de dados complementares para novas entrevistas. Duas novas informantes foram, então, selecionadas e incluídas na pesquisa atendendo aos mesmos critérios de inclusão estabelecidos no projeto maior. Ao total, nove mulheres foram consideradas no corpus do presente estudo.

²⁴ Ver Telles (2002).

²⁵ A faixa de idade prevista nos dois estudos era de 18-39 anos. A referida informante tinha 39 anos quando participou do projeto maior, por esse motivo foi excluída do estudo complementar. Sendo assim, aconteceram três substituições no estudo complementar. Mas essas três informantes obedeciam a todos os critérios estabelecidos nos dois estudos.

para outro momento devido à impossibilidade de as informantes e a pesquisadora se deslocarem até o local²⁷ estabelecido para a realização das entrevistas.

Cabe ressaltar que, por diversas vezes, ao chegar a campo, a pesquisadora era informada pelos agentes redutores de danos²⁸ de que não poderia realizar as entrevistas naquele dia em decorrência de algum conflito gerado pela violência social que envolvia os moradores que praticavam algum tipo de atividade considerada ilegal (furtos, homicídios, comércio ilegal de drogas). Caso houvesse insistência por parte da pesquisadora, ela correria risco de ser vítima dessa violência.

Os dados coletados pela pesquisadora durante a realização das novas entrevistas foram complementados por suas observações registradas no diário de campo. Essa observação ressaltou a importância da percepção e registro da pesquisadora sobre a dinâmica do bairro, a relação estabelecida entre as informantes, os profissionais de saúde da UBS de Milagres e a equipe do PRD, dentre outros aspectos que envolvem o acesso dessa população ao preservativo feminino. Além de ter complementado a análise de dados que, por ventura, não foram devidamente explorados nas entrevistas.

O estabelecimento de uma relação de confiança com esses sujeitos mostrou-se fundamental, garantindo uma aproximação que possibilitou o acesso e conseqüente detalhamento de informações sobre as questões que foram abordadas no presente estudo. Uma vez estabelecida uma relação de confiança, e a certeza do sigilo da informação repassada à pesquisadora, as informantes não apenas concediam as entrevistas como sugeriam e apresentavam à pesquisadora outras pessoas para participarem do estudo.

As entrevistas foram gravadas em fitas cassete, transcritas, e seu conteúdo codificado segundo as seguintes categorias de análise: construção de significados e práticas sobre o preservativo feminino; percepção de risco de contrair o HIV/Aids; relações de gênero; práticas de uso de substâncias psicoativas; padrões de sexualidade; negociação de práticas sexuais; e elementos facilitadores e dificultadores do uso do preservativo feminino.

²⁷ Unidade Básica de Saúde - UBS - responsável pela cobertura do bairro de Milagres.

²⁸ O fato desse agentes serem moradores do bairro de Milagres e possuírem boa inserção junto à população de usuários (as) de drogas desse local, foi solicitado pela pesquisadora que eles acompanhassem o seu deslocamento até o local de realização das novas entrevistas. Mantendo-a sempre informada sobre a possibilidade ou não de realização das entrevistas em decorrência de algum conflito gerado pela violência existente no bairro. Cabe ressaltar que esse procedimento foi adotado durante a realização do estudo maior.

ampliação do conhecimento sobre a temática abordada. Os informantes que concordaram em participar do estudo responderam previamente a um consentimento informado, além de terem recebido a garantia de que suas identidades seriam inteiramente preservadas e não seriam divulgados fatos que pudessem prejudicá-los, ainda que de forma indireta, causando algum tipo de constrangimento.

As informantes que participaram do estudo de referência, mesmo tendo assinado anteriormente um Termo de Consentimento informado concordando em participar do referido estudo, foram novamente consultadas sobre a participação no estudo complementar e convidadas a assinar um novo Termo de Consentimento (em anexo). Esse termo foi lido pela pesquisadora antes de iniciar a entrevista e, só após a confirmação de concordância dada por todas as informantes, a entrevista realizou-se. Além da preservação da identidade das informantes, foram respeitados os costumes, comportamentos e práticas individuais, especialmente por se tratar de uma população marginalizada socialmente.

divulgação será devidamente elaborada para ser apresentada a esse segmento específico, bem como aos demais profissionais envolvidos com essa temática que atuam no local onde este estudo foi realizado.

CAPÍTULO IV - COTIDIANO DOS SUJEITOS: SEXUALIDADES QUE TRANSITAM ENTRE AS RELAÇÕES DE GÊNERO E AS VULNERABILIDADES FRENTE AO HIV/AIDS

... A gente sempre deve sair à rua como quem foge de casa, como se estivessem abertos diante de nós todos os caminhos do mundo. Não importa que os compromissos, as obrigações estejam ali... Chegamos de muito longe, de alma aberta e coração cantando!

(Mário Quintana, 1989)

4.1. CONTEXTUALIZANDO O BAIRRO DE MILAGRES³⁰

A realização desta dissertação possibilitou-me o reencontro com um cenário composto por atores sociais anteriormente conhecidos por ter sido um local onde fui responsável pela implementação das ações do Programa de Redução de Danos de Salvador - PRD, em 2001.

A visita a campo para a retomada do contato com as informantes que haviam participado do estudo de referência foi realizada com o acompanhamento da atual equipe do PRD que trabalha nesse bairro. As mulheres usuárias de drogas, mais especificamente de drogas ilícitas, geralmente são desconfiadas e não costumam falar sobre o consumo dessas substâncias com pessoas que elas não confiam. Considerando que o tema central deste estudo envolveria questões de fórum íntimo, principalmente sobre sexualidade e uso de drogas, esse primeiro encontro seria como um divisor de águas, pois a aceitação delas, assim como o apoio da equipe, seria fundamental para a realização deste estudo.

Voltar ao bairro onde iniciei o trabalho de Redução de Danos, que atualmente realizo em outros bairros da cidade, proporcionou-me a recordação de momentos especiais vivenciados naquele local. Momentos de alegria e sensação de dever cumprido por estar proporcionando aos(as) usuários(as) de drogas o acesso a informações e orientações sobre cuidados com a saúde. Além de momentos de muita tensão gerados, por um lado, pelas freqüentes batidas policiais caracterizadas por uma abordagem agressiva expressa através do abuso de autoridade e, por outro lado, pelos conflitos decorrentes da rivalidade existentes entre os grupos envolvidos com o comércio ilegal de drogas.

Descrever o perfil das referidas informantes pressupõe uma breve descrição sociodemográfica complementada por dados de natureza social e cultural acerca do local onde foi realizado este

³⁰ Nome fictício atribuído ao bairro pesquisado.

estudo. A implantação de um grande projeto comunitário no bairro de Milagres e adjacências, realizada no início de 2004, por uma secretaria governamental em parceria com outras instituições³¹, promoveu um encontro entre aproximadamente 600 moradores e 40 representantes de associações comunitárias existentes nessa região. Nessa oportunidade, foi elaborado um documento³² contendo um diagnóstico participativo, bem como um Plano Referencial de Desenvolvimento dessa região, contemplando ações a serem desenvolvidas nas áreas de saúde, educação, cultura, segurança, construção civil, dentre outras.

De acordo com os dados registrados nesse documento, a população dos quatro bairros que compõem essa região da cidade é composta por aproximadamente 83 mil habitantes, sendo que, desse total, 23 mil habitantes³³ representam o bairro de Milagres. Esse bairro possui uma topografia acidentada, cercada por morros e vales, apresenta um desenho urbano caracterizado por ruas estreitas, quase sem espaços públicos. Com um padrão construtivo considerado simples, o local possui ruas pavimentadas e um intenso comércio de estabelecimentos de pequeno e médio portes. De maneira geral, a maior parte dos domicílios conta com abastecimento de água, rede de esgoto e coleta regular de lixo. Algumas áreas, onde a ocupação é mais recente, possuem infra-estrutura extremamente precária, sem rede de esgoto, com alagamentos constantes e lixo acumulado por falta de coleta.

A circulação pelo bairro nos possibilita a constatação de diferenças marcantes expressas no desenvolvimento urbano dos seus subnúcleos. A maior parte do comércio do bairro concentra-se no final de linha, atraindo um número significativo de pessoas transitando com muita frequência nesse local, enquanto que os demais subnúcleos apresentam características marcadamente residenciais. O tipo de construção encontrada é predominantemente de casas de tijolo, boa parte delas bastante modestas, situadas em encostas, morros e vales. O local onde reside a maioria das informantes deste estudo caracteriza-se como uma área de ocupação (“invasão”) mais recente, onde se localizam as casas mais precárias, quase todas sem reboco, sem saneamento básico, diferentemente das casas encontradas na rua onde está situado o posto de saúde, onde a maioria das residências possui dois andares e os moradores apresentam maior poder aquisitivo.

³¹ Secretaria Estadual do Trabalho e Ação Social, 2004.

³² Esse documento foi elaborado pela Comissão Comunitária de Gestão do Desenvolvimento, formada nesse encontro, que o denominou de Documento-Manifesto, contendo um diagnóstico participativo, bem como um Plano Referencial de Desenvolvimento dessa região.

³³ Dado confirmado pelo Censo Demográfico realizado no ano de 2000 pelo IBGE /Bahia - Instituto Brasileiro de Geografia Estatística.

No tocante aos serviços, o bairro de Milagres conta com uma Unidade Básica de Saúde - UBS, cujo funcionamento deveria ser de 24 horas; entretanto, as dificuldades administrativas, e até mesmo políticas, têm inviabilizado que esse funcionamento, definido pela Secretaria Municipal da Saúde, seja cumprido. O bairro conta ainda com a cobertura do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS, responsável pelo atendimento de 30% da comunidade. A segurança do local, ou melhor, a insegurança vivenciada pelos moradores, e conseqüentemente pelos profissionais de saúde integrantes dessa unidade, é um dos fatores colocados como dificultadores do funcionamento dessa unidade no horário previsto pela secretaria. As pessoas que fazem uso de drogas lícitas e ilícitas nesse bairro são atendidas cotidianamente pela equipe do Programa de Redução de Danos responsável pela cobertura desse bairro.

O bairro possui escolas de 1º e 2º graus públicas e algumas escolas privadas que atendem o público infantil, o comércio é diversificado e atende às necessidades básicas de seus moradores por contar com farmácias, supermercados, açougues, padarias, casas de móveis, depósitos de material de construção, lojas de roupas e sapatos, locadoras de vídeo, etc. Vale acrescentar que o sistema viário não permite o acesso de transporte coletivo às ruas internas, tornando necessário o deslocamento dos moradores aos bairros vizinhos. Os transportes coletivos circulam apenas nas ruas e avenidas principais do bairro. No tocante às áreas de lazer disponíveis, o bairro pode ser considerado como carente, mesmo contando com um parque de diversões nas proximidades.

Há uma diversidade de equipamentos comunitários em Milagres. A grande concentração de organizações não-governamentais e associações comunitárias no local também expressa a participação social e, conseqüentemente, envolvimento dos moradores nos movimentos sociais e comunitários realizados no bairro. As questões de rivalidade/territorialidade, no entanto, muitas vezes impedem a ida de moradores ao referido parque de diversões, que tem sido utilizado como palco para realização de diversificados eventos artísticos e culturais envolvendo a comunidade, possibilitando inclusive a divulgação de talentos oriundos do próprio bairro.

No tocante aos aspectos sociais e culturais, os dados divulgados no documento anteriormente mencionado revelam que se trata de uma população predominantemente jovem (49% dos moradores têm menos de 25 anos e apenas 9% da população tem acima de 55 anos) e negra (88% da população é parda ou negra). A faixa etária que concentra o maior número de

peças está entre 10 e 19 anos. A religião predominante é a católica (54%), seguida pela evangélica (15%), embora 22% da população tenha declarado não ter religião. Vale acrescentar que 61% da população informou não possuir o ensino fundamental completo e 24% informaram que não completaram as quatro séries que antecedem o ensino fundamental.

As atividades culturais são consideradas um dos aspectos positivos do bairro pela diversidade de talentos ali existentes. Um projeto governamental, que vem sendo desenvolvido na região desde o ano passado, tem estimulado a produção de diversificadas atividades culturais como estratégia principal de combate à violência. O projeto tem investido na qualificação técnica e profissional dos atores sociais envolvidos, priorizando sempre aqueles que nasceram nessas comunidades. A parceria desse projeto com outras instituições, inclusive não-governamentais, existentes no bairro tem sido responsável pela inserção de adolescentes e jovens adultos no mercado formal de trabalho, especialmente no mercado cultural, oferecendo-lhes novas perspectivas de futuro, valorizando seus talentos natos.

Com relação aos dados relacionados a ocupação e renda, o documento já mencionado revela ainda que apenas 39% da população de Milagres encontra-se inserida no mercado de trabalho formal, sendo que 32% destes trabalhadores possuem carteira assinada. Os trabalhadores autônomos totalizam 20% dessa população. A renda das famílias é considerada muito baixa, levando-se em conta que 36% dos chefes de família recebem menos de um salário mínimo por mês de trabalho. Dentre os principais problemas enfrentados pela população, mencionados entre os dados, destacam-se a violência social e o tráfico de drogas ilícitas, responsáveis pela existência de barreiras invisíveis em determinadas ruas que impedem e/ou dificultam a livre circulação dos moradores por essas localidades.

Os moradores demonstram ter orgulho de morar em determinadas localidades de Milagres e verdadeiro pavor em mencionar que moram em outras, sobretudo naquelas conhecidas como áreas violentas. O fato de esse bairro aparecer com frequência na mídia como um local perigoso, onde ocorrem assaltos e assassinatos, certamente deve contribuir para esse fato. A existência de um intenso comércio ilegal de drogas, favorecido pelas condições geográficas de Milagres (fácil acesso a outros bairros) e pelo alto índice de desemprego de boa parte da população, especialmente os jovens adultos na faixa etária de 20-25 anos, acaba marcando esse bairro em vários aspectos. O comércio ilegal de drogas figura como uma das fontes de renda (ilegal) de muitos habitantes desse local e sua presença e consumo terminam exercendo influência negativa na dinâmica social marcada pela violência.

4.2. CONSUMO DE DROGAS E VIOLÊNCIA SOCIAL

Segundo relato dos agentes redutores de danos, bem como dos agentes comunitários de saúde que trabalham nesse bairro, o consumo de drogas lícitas e ilícitas compõe o cenário local. Os agentes acrescentam que, durante as visitas domiciliares realizadas semanalmente, identificam na maioria das famílias visitadas a existência de pelo menos um integrante que faz uso de drogas lícitas e/ou ilícitas. Dentre as drogas ilícitas mais utilizadas no bairro estão a maconha, a cocaína e o crack. O álcool, apesar de ser uma droga lícita, que é consumida por uma parcela significativa dos moradores que freqüentam diariamente os diversos bares do local, constitui-se como uma das substâncias psicoativas que mais acarreta problemas para as famílias que possuem algum usuário abusivo, como relatou essa informante:

... o que é que a gente vai fazer se o homem (pai de um dos seus filhos) passa o dia todo aí no bar tomando todas... Esse bar aí da esquina é conhecido como sindicato dos biriteiros, porque já tem um grupo certo que fica aí enchendo a cara o dia todo... só não dorme aí porque o bar fecha... Eles não bolem com ninguém, mas a gente não agüenta esse bafo de cachaça todo dia... fora as criança que fica com essa má influência dentro de casa, é horrível... (E9).

Após mencionarem o consumo de drogas lícitas e ilícitas como um dos problemas enfrentados em Milagres, foi unânime nas narrativas a referência sobre o comércio ilegal de drogas como uma questão que também preocupa os moradores, por gerar outro problema social grave, a violência. A influência da violência associada ao comércio ilegal de drogas foi mencionada pela maioria das informantes, ao longo das entrevistas, como um motivo de preocupação antigo, especialmente para aquelas que são companheiras de usuários de drogas ilícitas e que, por ventura, possuem algum tipo de envolvimento com atividades ilegais (furtos, comércio ilegal de drogas, etc.).

Percebe-se facilmente em Milagres uma movimentação constante de pessoas que não são moradoras do bairro e que se dirigem para lá para comercializar e/ou consumir drogas ou até mesmo para se esconder durante um tempo da polícia ou de algum inimigo por estar envolvido em alguma atividade ilegal, como relata uma das informantes:

... eu conheço vários cara que apronta no bairro que mora e vem se esconder aqui porque conhece a galera daqui. Só que aí quando os homem (polícia) prende ele aqui, a fama ruim fica é pra aqui pro bairro... (E8).

Segundo Rabbani (2003), a compreensão da razão da violência é uma tarefa difícil, mas não impossível. Porém, exige um esforço coletivo por busca de soluções comuns e consensuais, através de um diálogo que reconheça todos os seres humanos como interlocutores válidos.

Nesse sentido, a concentração de diversificadas associações comunitárias no bairro de Milagres pode representar um passo importante para estimular a discussão de estratégias de enfrentamento dessa violência que assusta e vitimiza tantos moradores do bairro. Vale acrescentar que o problema da violência aqui mencionado não pode ser reduzido exclusivamente à questão do comércio ilegal de drogas. Trata-se de um problema social, decorrente do sistema econômico e político brasileiro que vem se agravando à medida que aumenta a exclusão social.

A exclusão social a qual nos referimos neste estudo é aquela que tem a capacidade de gerar violência por transmitir ao excluído a noção clara de injustiça e desrespeito aos seus direitos. Nesse sentido, concordamos com a definição de Lobo (2003) para a exclusão social, enquanto um somatório de vários fatores: pobreza, insegurança física e/ou psicológica, desrespeito aos direitos humanos, falta de serviços públicos garantidos por lei e injustiça de estar sendo furtado de seus direitos de cidadão. Diante dessa afirmação, evidencia-se a necessidade de investimento em ações diversificadas que possam contemplar as causas desse problema que comporta implicações de várias naturezas.

Atrelada à questão da violência, tanto os moradores do bairro em geral quanto os sujeitos desse estudo expressavam outra preocupação igualmente importante relacionada à rivalidade existente entre grupos residentes nesse bairro, em ruas diferentes, e lutam pela demarcação do território. A rivalidade, segundo as entrevistadas, geralmente aparece associada à disputa por pontos específicos considerados estratégicos dentro do bairro para a comercialização ilegal de drogas. Foi possível perceber que as informantes, que também são companheiras de usuários de drogas, andam sempre assustadas, com receio de que a qualquer momento possam ser vítimas de algum tipo de violência.

... ah, aqui é assim, quem tá no grupo e mora naquele lugar comanda aquela área. Se você for desse mesmo grupo, pode ficar tranqüila, mas se você não for, já era; só pode andar onde o seu grupo anda... (E2).

De maneira geral, apesar de esse bairro situar-se entre aqueles que carregam a fama de mais violentos da cidade, em decorrência do número de homicídios, assaltos, dentre outros tipos de violências que lá ocorrem, seus moradores expressam orgulho por ele. Parece haver um reconhecimento muito claro dos aspectos positivos, a exemplo da existência de artistas e grupos culturais locais, que contribuem para compor a imagem positiva do local, afastando assim a prevalência dos aspectos negativos em detrimento dos aspectos positivos.

4.3. PERFIL DOS SUJEITOS

É nesse cenário descrito de forma sintética que estão inseridas as nove informantes que participaram deste estudo: mulheres usuárias de drogas lícitas (álcool) e ilícitas (maconha e cocaína), situadas na faixa etária de 18 a 39 anos. Apesar da média de idade das informantes situar-se numa faixa considerada jovem ou adulto jovem, a maioria delas aparenta ser mais velha do que a sua idade cronológica. A maioria das entrevistadas carrega no semblante um misto de marcas de luta pela sobrevivência e envelhecimento precoce decorrente do sofrimento enfrentado no seu cotidiano. Todas elas encontram-se atualmente desempregadas e apenas duas desenvolvem atividades informais para complementar a renda familiar, uma delas trabalhando em domicílio como manicure e a outra como catadora de lixo reciclável.

... a vida aqui é a maior dureza, tem que batalhar muito pra conseguir alguma coisa na vida... Eu vejo meu marido correndo atrás todo dia, mas às vezes dá desespero, porque parece que a gente anda, anda e não sai do lugar... (E1).

... você pensa que a vida aqui é fácil, pois não é, não; eu já fico pensando como vai ser a vida dos meus filhos quando eles crescerem... Às vezes, bate aquela depressão, porque a gente só vê dificuldade pela frente, só isso e mais nada... (E9).

Com relação ao estado civil, quatro entrevistadas referiram ser casadas, quatro solteiras mas com parceiros fixos (namorados, noivos, etc.) e uma separada. Apenas uma das entrevistadas revelou não ter tido filhos, enquanto as outras oito mencionaram ter entre dois e três filhos. Ao serem questionadas sobre o início da vida sexual e o número de filhos que possuíam, algumas revelaram que a falta de informações e/ou orientações antes de iniciarem a vida sexual foi um dos elementos responsáveis pela gravidez precoce, como afirmou uma delas:

... se eu tivesse recebido as informações que minha filha tem acesso hoje, com certeza eu não tinha parido tão cedo assim..., mas hoje em dia tá tudo diferente, todo mundo sabe de tudo, se duvidar, as crianças sabem mais coisa do que a gente... Se eu tivesse a experiência de hoje, não tinha ficado grávida cedo... (E8).

Com relação ao uso de drogas lícitas e ilícitas, as mulheres apontaram o álcool, a maconha e a cocaína como as substâncias preferidas delas. Todas as entrevistadas revelaram o uso freqüente de álcool e maconha. Apenas três referiram o uso esporádico de cocaína inalada. O uso de drogas consideradas mais “pesadas”, a exemplo da cocaína, sofre maior controle por parte da sociedade. Por isso as entrevistadas revelaram que esse uso, entre as mulheres do bairro, ocorre de forma escondida e esporádica. Outros estudos revelam que a rede de uso de drogas formada por mulheres é muito mais limitada, revelando que elas costumam fazer o uso das substâncias geralmente acompanhadas pelos seus respectivos companheiros, amigos e familiares (FARMER et al., 1996; PECHANSKY, F. & DIEMEN, 1998).

Nesse sentido, Oliveira (2000) argumenta em seu estudo que a limitação da rede feminina de uso de drogas relaciona-se ao fato de que no imaginário social as mulheres estão destinadas a dedicar-se ao mundo privado construído a partir da rede familiar, diferentemente dos homens, a quem cabe o espaço da rua ou do mundo público. A preferência das mulheres entrevistadas pela maconha em relação à cocaína explica-se pelo alto custo desta última, o que representa um empecilho para que seja tão consumida quanto a maconha. A motivação e o contexto de uso destas duas substâncias aparece no discurso das informantes de forma distinta. A maconha é, sobretudo, utilizada para relaxar a mente, enquanto a cocaína está associada às farras, ou seja, saída com amigos(as) e/ou parceiros sexuais com o intuito de extravasar, fazer algo diferente do convencional. Nesse sentido, Bucher (1992) argumenta que o uso de substâncias psicoativas deve ser compreendido como um processo complexo de interação que envolve a substância, a pessoa que faz o uso de tal substância e o contexto sociocultural em que essa pessoa está inserida.

... quando a galera tava com dinheiro, chamava a gente pra fazer a farra e bancava tudo, era massa, a gente bebia, comia e cheirava de graça, agora já tinha os casais certo... você já ia pra curtidão sabendo o que ia rolar... tinha vezes que eu ficava tão doída que no outro dia não lembrava nada que fiz.. (E8).

No discurso de algumas informantes, ficou evidente a associação do uso de drogas à questão do prazer, ou seja, o prazer proporcionado pelo efeito das substâncias utilizadas possibilita a essas usuárias um momento de distanciamento da realidade e, conseqüentemente, de uma gama de problemas enfrentados no seu cotidiano. Segundo as mulheres, a “viagem” feita durante o uso dessas substâncias as desloca para um mundo onde os problemas enfrentados no cotidiano, especialmente os financeiros, por um momento desaparecem. Corroboram com essa afirmação sobre o prazer provocado pelo uso da substância Jacobina e Nery-Filho (1999), ao informarem que a maconha, quando usada em pequenas dosagens/quantidades, possui propriedades relaxantes e sedativas que proporcionam sensações de prazer.

... quando fumo meu baseado (cigarro de maconha), esqueço da vida, fico leve e descontraída, não incomodo ninguém e piro se alguém cortar meu barato... quero é curtir minha onda sem ninguém atrapalhar... vou na lua e volto... mas quando passa o efeito, tenho que encarar minha dureza de novo..., mas essa é a única viagem que eu posso fazer e me bancar... (E7).

Segundo Mesquita (1992), é impossível abstrair esse fato de que a droga traz prazer, mesmo admitindo os efeitos adversos que ela pode causar à saúde, é inegável essa dimensão do prazer, enquanto fonte de satisfação que proporciona sensação agradável, despertando o desejo de jovens e adultos. Um estudo realizado por Paulilo & Jeolás (2005), abordando a

construção sociocultural da Aids, drogas, riscos e seus significados, reconhece a dimensão do prazer proporcionado pelo uso de drogas, que é justificado como elemento que atrai o interesse daqueles que fazem uso de tais substâncias. No estudo, os autores evidenciaram que os entrevistados referiram que esse prazer está associado ao desejo, à vontade e à espera, ou seja, um dos aspectos mais atraentes que a droga apresenta é a instantaneidade proporcionada pelo gozo e, conseqüentemente, a satisfação da imediatez. Daí a busca dos usuários por essa sensação de gozo proporcionada pelo uso de drogas.

Nesse sentido, torna-se necessário explicitar o uso de drogas feito pelos companheiros das entrevistadas. As nove mulheres revelaram que todos eles usam álcool (droga lícita) naturalmente, sendo que sete deles fazem também uso de maconha e dois de cocaína inalada. O alto custo da cocaína foi uma das justificativas mencionadas por metade das informantes, ao serem questionadas sobre a escolha de seus companheiros por maconha em comparação à cocaína.

O uso de substâncias por parte das mulheres residentes no bairro de Milagres ocorre geralmente fora da própria residência, em companhia de seus parceiros ou de outros amigos(as) usuários(as). Os finais de semana são os dias em que elas mais usam, pois têm maior disponibilidade e liberdade. Por vezes, os parceiros costumam trazer o cigarro de maconha para fumarem juntos em casa. Esse comportamento parece sinalizar não apenas o compartilhamento da substância em si, mas o fortalecimento de vínculos entre o casal, enfatizando o componente afetivo associado à cumplicidade proporcionada pelo uso compartilhado da maconha.

*... quando ele chega todo alegre, já sei que trouxe nosso baseado, e aí é só alegria..
.. não tem confusão, a gente fuma junto na boa... (E7).*

Por outro lado, as entrevistadas também enfatizaram a influência negativa do uso de drogas no comportamento de seus companheiros com relação ao relacionamento afetivo. No caso do álcool, esse comportamento reflete-se muitas vezes na falta de diálogo e na potencialização de uma agressividade que já permeia a relação do casal no dia-a-dia. Algumas mulheres referiram a falta de diálogo como principal problema, especialmente em situações relacionadas a temas ligados à sexualidade, práticas sexuais, prazer e até mesmo prevenção de doenças, os quais pressupõem algum nível de diálogo. Mencionaram a influência positiva do uso de maconha no comportamento de seus companheiros, tendo em vista que eles ficam mais relaxados e falantes, facilitando assim o diálogo entre o casal.

... quando vejo que ele chega puxando papo ou então procurando gaitice comigo, já sei que fumou um baseado e tá de bem com a vida... tem vezes até que eu aproveito quando ele chega assim pra conversar sobre algum assunto que ele não gosta muito, porque aí ele responde numa boa, sem brigar... (E9).

Com relação ao uso de cocaína, algumas mulheres enfatizaram que não gostam de compartilhar o uso, nesse caso, inalado, com seus parceiros, diferentemente do que fazem com a maconha, justificando que a sensação de prazer provocada pela cocaína é tão prazerosa que elas preferem aproveitar a maior quantidade possível.

... fumar o baseado, eu até fumo com ele na maior, mas dividir meu pó tá difícil, porque não é todo dia que eu acho pra usar, aí como é que eu ainda vou dividir com alguém, não dá... (E8).

A escassez e/ou inexistência na literatura de estudos que discutam a associação entre a influência positiva ou negativa do uso de drogas, especificamente das que foram referidas pelas entrevistadas (álcool, maconha e cocaína), no comportamento dos usuários diante dos seus relacionamentos afetivos impossibilitou o diálogo com os achados deste estudo. A literatura encontrada que aborda a influência do uso de drogas e o comportamento dos usuários com ênfase para a sexualidade está direcionada para o uso de crack. O aumento do consumo dessa substância em todo o país, associado à vulnerabilidade à infecção pelo HIV por parte de seus usuários, tem promovido a realização de vários estudos que enfatizam a sua influência no comportamento de seus usuários, devido ao constante exercício de práticas sexuais desprotegidas (OLIVEIRA, 2001).

4.4. RELAÇÕES DE GÊNERO, SEXUALIDADE E NEGOCIAÇÃO DE PRÁTICAS SEXUAIS

O impacto social das transformações ao longo do tempo, principalmente no campo da sexualidade, envolvendo as relações de gênero, tem contribuído para sublinhar as diferenças existentes entre homens e mulheres, considerando-as como desigualdades, gerando assim maior vulnerabilidade³⁴ para as mulheres. Concorrem igualmente para reforçar a evidência dessas desigualdades entre os gêneros, e conseqüentemente vulnerabilizar mais a população feminina, outros elementos a serem considerados: os tabus e preconceitos sobre a sexualidade,

³⁴ O conceito de vulnerabilidade elaborado por Jonathan Mann e amplamente difundida no Brasil por Ricardo Ayres procura abarcar um conjunto de aspectos que sejam mais sensíveis aos contextos concretos dos indivíduos. Nesse conceito estão presentes e interligados componentes do campo individual, social e programático. É um conceito que incorpora a intersubjetividade, os valores e as questões políticas nas concepções e práticas de saúde (Ayres, 1997).

a falta de poder de negociação nas relações sexuais, o ocultamento da infidelidade masculina, além do aumento do consumo de drogas pela população.

Tomando como referência o alerta de Sorj (1993) sobre o cuidado que devemos ter na discussão em torno das relações de gênero, para evitar cair na armadilha das fórmulas simplificadoras que convertem o masculino e o feminino em campos estanques e homogêneos, como se homens e mulheres não apresentassem convergências nas suas experiências e representações, ou como se ambos não apresentassem divergências. Adotar essa postura recomendada por esse autor implica entender gênero como uma categoria que regula para além da relação homem-mulher, mulher-mulher e homem-homem.

Nesse sentido, a maneira como as entrevistadas expressaram como lidam com as desigualdades nas relações de gênero existentes no campo afetivo, vivenciadas cotidianamente com seus companheiros, denota a consciência de tais desigualdades, bem como uma postura estratégica que engloba submissão e resistência. De um lado, é muito forte a tentativa de evitar conflitos que, por ventura, possam provocar o afastamento ou separação do companheiro. A maioria das informantes demonstrou uma forte preocupação em manter o relacionamento.

... eu não fico pensando muito sobre isso, não; às vezes, eu acho que ele (marido) me explora só porque tem um trabalho, ganha salário, e eu dependo dele...; se eu reclamar, aí é que o pau quebra mesmo, então prefiro ficar calada... (E3).

... homem é tudo cabeça dura e tem a criação que ajuda eles a pensar assim, que mulher não tem direito nenhum e eles podem fazer o que bem quer e entende...; não é fácil conviver com uma pessoa que pensa assim, não... mas o que é que eu posso fazer? (E8).

De outro lado, esta relação não se estabelece sem resistência por parte das mulheres que buscam utilizar os momentos e contextos de flexibilização nas relações de poder para se fazer ouvir. A falta de diálogo com o companheiro figura como um dos elementos que favorece a aceitação das desigualdades de gênero. Segundo Barbosa (1999), é incabível a existência da assimetria de poder entre os gêneros, entretanto, esse poder não deve ser concebido como algo contra o qual não existe nenhuma possibilidade de resposta, que possa esboçar uma reação de resistência por parte do outro. As diversas estratégias criadas pelas mulheres para lidar com essa assimetria de poder no cotidiano sinalizam essa resistência.

... quando ele apronta alguma, chega de madrugada com a cara cheia, no outro dia eu esculhambo ele todo e aproveito pra dizer um bocadinho de coisa que ele não aceita ouvir... mas como ele sabe que tá errado, que pisou na bola, então fica mansinho... (E6).

É interessante notar, no entanto, que, para as mulheres solteiras com companheiros fixos, a tomada de decisões relacionadas à práticas de contracepção aparece como uma prerrogativa feminina, uma decisão que independe da posição do companheiro. Já para as mulheres casadas, decisões como a adoção de método contraceptivo passa pelo poder exercido pelo companheiro no relacionamento, que geralmente dá a última palavra sobre o método que será adotado, sugerindo sempre que o controle desse método fique sob a responsabilidade de sua companheira.

Nesse sentido, parece ser menos complicado silenciar e ocultar seus temores bem como desejos de conhecimento e autoproteção do que enfrentar o que pode parecer uma disputa de decisão dentro da relação. Confirmando que as relações de gênero são atravessadas por relações de poder que conferem ao homem, historicamente, uma posição dominante (SCOTT, 1990).

É importante levar em conta a assimetria nas relações de poder entre homens e mulheres nos relacionamentos estáveis em comparação aos eventuais. É evidente a associação entre poder exercido pelo companheiro que mora na mesma residência e é responsável pelo sustento da família, diferente do que não mora e não contribui financeiramente para esse sustento. Nesta última situação, as mulheres possuem mais poder, inclusive para tomar determinadas decisões, relacionadas à reprodução, por exemplo, independentemente da opinião do companheiro.

... ele vem aqui. dorme comigo e tudo, mas não mora aqui, então como é que eu vou dizer que eu sou casada... marido é aquele que dorme, acorda junto, que passa os problema junto com a mulher e os filhos, e não aquele que vem só pra dormir e depois vai embora... e olhe que eu já fui casada duas vezes e fiquei viúva de um que a polícia matou... (E9).

Diversos movimentos vêm acontecendo na nossa sociedade no sentido de criar estratégias para lidar com essas relações de poder estabelecidas principalmente no campo privado, mais especificamente referentes às relações conjugais. Segundo Pinto (1992), tem havido maior participação das mulheres em movimentos sociais, possibilitando o contato delas com o mundo “fora da casa”, pressupondo o acesso a novos saberes, novas informações, e, conseqüentemente, contribuindo para a redefinição das relações de poder no nível privado. O envolvimento de algumas entrevistadas em associações comunitárias existentes no bairro talvez represente uma mudança de posição qualitativamente diferenciada em suas relações cotidianas. Essa redefinição na própria relação ocasionada por essa mudança poderá se refletir na construção de sua identidade de gênero.

No tocante ao início da vida sexual, algumas informantes relataram ter praticado a primeira relação aos 13 anos de idade e consideraram uma idade precoce, sendo que algumas se revelaram arrependidas, pois três entrevistadas engravidaram logo após a primeira relação. Todas elas referiram o despreparo e a imaturidade para lidar com tal situação naquele momento de suas vidas. Acrescentaram ainda que a resistência inicial dos familiares em não apoiar a gravidez não era compreendida por elas e figurava como um elemento que contribuía para aumentar o arrependimento delas por terem engravidado. A falta de informações e/ou orientações necessárias foi o motivo citado por algumas entrevistadas para justificar o arrependimento. A maioria delas informou ter iniciado a vida sexual com os respectivos namorados, acrescentando a não-utilização do preservativo na primeira relação.

...se eu tivesse acesso a informação como tenho hoje, eu não tinha engravidado logo de cara..., nem pude ficar sentindo o gostinho de transar porque engraidei logo e a casa caiu..., minha mãe caiu matando em cima de mim e queria me botar pra fora de casa... (E7).

... hoje, a galera jovem não tem do que se queixar, só transa sem camisinha quem não quer usar... não é falta de dinheiro, não... eu lembro da minha primeira vez e a gente nem tava aí para usar nada, queria era transar e sentir o gostinho do sexo e pronto... na hora, a gente não pensa, mas depois bate aquele arrependimento, mas aí já foi... (E9).

Para boa parte das mulheres entrevistadas, a primeira relação sexual não aparece como uma experiência que elas descrevam como francamente positiva. De um lado, a alta expectativa associada a este ritual de passagem é difícil de ser alcançada e, de outro, as mulheres, muitas vezes, sentem-se traídas pelos companheiros que as enganam ou coagem e que, por vezes, estão, sobretudo, preocupados apenas com o próprio prazer. O fragmento selecionado abaixo ilustra a busca das mulheres por relações onde o afeto parece ocupar maior espaço, ao contrário dos homens, que privilegiam a curtição e a satisfação do seu próprio prazer.

... na época, eu tava apaixonada por ele, mas hoje sei que ele só tava querendo tirar uma lasquinha e pronto... eu era mais uma na lista dele... a mulher fica viajando nessa onda de tá apaixonada, mas, pra o homem, ele tá preocupado mesmo é com a curtição dele e que se dane o resto... na hora, a gente não pensa nada disso, depois é que cai a ficha, só que aí você já tá apaixonada e faz o que ele quiser... (E7).

Transparece no discurso das mulheres a postura diferenciada expressa por seus companheiros e pelos homens de modo geral, no tocante à importância do afeto na relação. Segundo as entrevistadas, os homens estabelecem uma demarcação entre as relações onde a dimensão sexual é preponderante e as relações que implicam a construção de uma família. Todas elas apontaram a sua dificuldade de estabelecer tão claramente essa dicotomia como eles costumam fazer. Foi possível identificar nas narrativas exemplos que poderiam ilustrar essa

postura masculina na caracterização do perfil da mulher que atenda a uma das duas demandas mencionadas:

... você percebe logo quando eles tão com uma menina que eles tão levando a sério e assumem mesmo como a mulher que ele pode casar, o comportamento é bem diferente... ele fica cheio de amor pra dar... não deixa ninguém mexer com ela, assume mesm ...; agora, quando é só curtição, não tá nem aí e ainda fica falando pra os camaradas o que fez e o que deixou de fazer quando saiu com ela, não dá satisfação nenhuma a ela, não respeita ela... e acha que com ela pode fazer tudo que não faz com a que ele pode casar... (E9).

... na cabeça deles, a mulher que serve para casar é aquela certinha, de família direitinha..., já a mulher que é só pra curtir é aquela falada que anda na boca do povo, porque topa tudo... com essa aí eles não casam nunca, é só para se divertir, tirar uma lasquinha e acabou...(E7).

Entre os valores considerados mais importantes no relacionamento de um casal estão o respeito, a fidelidade, a confiança e o diálogo. É interessante notar que, apesar da fidelidade e do diálogo aparecerem como valores fundamentais no discurso feminino, elas enfatizam que tais valores freqüentemente não estão presentes na prática concreta de seus companheiros. Acrescentando ainda que a falta desses valores, em determinados momentos, justifica a dificuldade enfrentada por algumas em conversarem com eles sobre questões de fórum íntimo, destacando a influência na negociação de práticas sexuais, por exemplo:

... ele não entende que o diálogo é muito importante para o relacionamento andar bem...; a coisa mais difícil é a gente sentar pra conversar assim sobre alguma coisa do casal..., se ele desconfiar que eu tô querendo conversar com ele sobre a gente, ele vai saindo de fininho e me deixa falando sozinha ou então diz que tá muito cansado e que é pra deixar a conversa pra outro dia... Eu já sou meio envergonhada assim pra conversar e ele ainda fala comigo desse jeito, aí é que não rola papo mesmo... (E4).

... é difícil convencer um homem que ele tem que ser fiel como a gente é, porque todos os amigos deles aprontam que não é brincadeira, aí ele se sente na obrigação de aprontar também, de pular a cerca na maior cara-de-pau, depois fica com a carinha mexendo como se nada tivesse acontecido...; na minha família é a mesma coisa, meus irmãos todos aprontam, mesmo os que já são casados e têm filhos... parece que, pra eles, trair é uma coisa assim natural; agora, se a mulher sonhar em aprontar alguma, a casa cai..., quando eu tô muito revoltada, eu fico ameaçando dá um corno nele e ele fica pianinho, com medo de ganhar um chifre... (E9).

A noção de fidelidade ilustrada na última narrativa está associada à educação sexual vivenciada pelas entrevistadas e tem ressonância na questão moral, no sentido de regulação de comportamentos, direcionada principalmente para as mulheres. Segundo O'leary e Cheney (1993), as coerções culturais relacionadas às opções e posturas sexuais sempre tiveram como alvo as mulheres, principalmente em sociedades consideradas machistas como a brasileira. Diferentemente dos homens, que desde a sua infância são socializados para exercitar livremente sua sexualidade, sendo cobrados pela nossa sociedade desde muito cedo a afirmar

sua virilidade e masculinidade. Essas desigualdades repercutem no exercício do poder que atravessa as relações de gênero.

A transformação dos padrões de sexualidade e, sobretudo, do comportamento das mulheres, quando comparadas com a geração que hoje possui mais de 30 anos, por exemplo, foi referida por boa parte das entrevistadas. Essa transformação vem sendo discutida na literatura e caracterizada pela banalização do sexo pelos meios de comunicação de massa, pela desvalorização da virgindade, pelo arrefecimento do controle da família sobre a sexualidade da mulher solteira principalmente. Essa nova fase tem se destacado por expressar maior liberalização da sexualidade feminina, onde a mulher passa a tomar a iniciativa na busca do engajamento sexual. No bairro de Milagres, foi possível identificar indícios dessa nova fase no discurso das entrevistadas ao revelarem como tem ocorrido o exercício de sua sexualidade no cotidiano.

... chega de ser besta, eles podem e a gente também pode... eu sei que todo mundo fala mal quando é a mulher que apronta, mas eu não tô nem aí; deu vontade, vou lá e faço com quem eu quero... O povo fala mal de você mesmo que você esteja andando na linha... (E9).

Apesar de algumas entrevistadas demonstrarem ser a favor dessa nova atitude marcada pela liberalização vivenciada pelas mulheres brasileiras, elas enfatizaram alguns aspectos positivos e outros negativos que lhe estão relacionados. O fácil acesso às informações apareceu como um dos principais aspectos positivos por proporcionar às mulheres maior conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva. Entretanto, a pouca conscientização com relação às IST e a condenação moral e estigmatização do comportamento mais liberal das mulheres por parte dos homens aparecem como um ponto negativo no discurso das informantes.

... agora tá desse jeito, as mulheres transam com quem bem quer e entende, a qualquer hora e não se preocupam com as conseqüências...; na minha época, não era assim, não... Eu não vejo elas muito preocupadas com as doenças..., parece que liberou geral..., os homens adoram porque facilita a vida deles, mas na hora de meter o pau, eles são os primeiros a esculhamba e chamar de galinhas... (E5).

Segundo as entrevistadas, quando o tema da conversação entre elas é sexualidade, há um posicionamento diferenciado que se relaciona ao fato de serem casadas ou solteiras, ou seja, entre as entrevistadas solteiras, esse tema apareceu como uma espécie de motivador para compartilhamento de experiências sexuais, com ênfase para o desempenho dos respectivos companheiros. Já entre as entrevistadas casadas, ou que revelaram ter namorado fixo, porém, o tema sexualidade é discutido a partir do controle de sua vida sexual por parte dos maridos e companheiros por considerarem esse controle extremamente rigoroso.

... eu não entendo isso, porque os homens pegam quantas mulheres querem e ninguém fala nada, muito pelo contrário, às vezes ainda recebe elogio porque tá pegando todas..., mas se a mulher fizer isso, todo mundo cai matando chamando de galinha... até a própria família esculhamba ela também... Já vi que o homem pode tudo e a mulher não pode nada nesse assunto... (E6).

Circular pelo campo da fidelidade e infidelidade do casal parece não ser o caminho mais simples para compreender as transformações ocorridas nos padrões de sexualidade na nossa sociedade. É nessa perspectiva que Paiva (2000) discute outro problema relacionado a essa discussão, onde os homens afirmam ter dificuldade para falar sobre questões ligadas à saúde, especialmente aquelas que envolvem o tema da sexualidade e das IST. Essa dificuldade é responsável pela omissão ou atraso na revelação do resultado positivo para HIV, por exemplo, contribuindo para aumentar a vulnerabilidade das mulheres. Em situações como essa, elas terminam sendo diagnosticadas tardiamente, ocasionando a rápida evolução dos sintomas da doença. Segundo a autora, essa atitude dos homens é justificada pelo medo de serem abandonados por suas respectivas mulheres ou da discriminação que poderão sofrer.

A discussão sobre o tema da sexualidade estimulou as entrevistadas a revelarem que o uso de drogas ilícitas é um elemento que exerce influência no seu comportamento sexual, no que diz respeito ao exercício de práticas sexuais menos convencionais, por exemplo. Elas atribuíram a liberação sexual ao fato de estarem sob o efeito de alguma substância psicoativa, diferenciando o tipo de comportamento desenvolvido de acordo com a substância utilizada por elas e/ou pelos respectivos companheiros. Corroborando com essa assertiva, Paiva (2002), evidencia a dificuldade enfrentada pelas mulheres da nossa sociedade em exercitarem livremente sua sexualidade, devido aos preconceitos socioculturais e religiosos que envolvem o tema da sexualidade.

... é como eu falei, quando eu fumava (maconha), me deixava mais leve, mais solta pra fazer tudo que dava vontade assim. Tinha as posições que eu gostava mais e que eu só falava quando tinha fumado porque eu tinha vergonha. Eu sempre gostei de um sexo mais selvagem assim, mas só me soltava se tivesse fumado maconha... (E2).

... quando eu cheirava cocaína, ficava doidona e, na hora do sexo, eu queria transar até cansar... às vezes ele não agüentava meu pique, mas eu insistia tanto que ele acabava me acompanhando e fazendo minhas vontades... quando eu tava de cara, ele mesmo falava que eu não fazia nem a metade do que a gente costumava fazer quando eu tava cheirada... (E8).

A discussão acerca da influência do consumo de drogas como forma de liberação da sexualidade, revelada pelas entrevistadas, apóia-se na afirmação de Bologne (1990, p. 394) por nos apresentar elementos que possibilitam fazer a correlação entre moral, pudor e

exercício da sexualidade, sinalizando a complexidade de operacionalização da correlação dessas dimensões:

[...] Da mesma maneira que as nuvens são necessárias para se apreciar o retorno do sol, as regras da vida social são indispensáveis para que possam ser transgredidas. Sem pudor, tem-se dito muitas vezes, não haveria prazer sexual. Temeu-se que a educação sexual na escola, por elucidar demasiado cedo os adolescentes, os desviasse das relações sexuais. A experiência provou que não é assim. Cada qual restaura o seu quadro moral conforme o temperamento que tem: a supressão de regras coletivas favorece a criação de sistemas individuais [...].

Considerando que, desde que o mundo é mundo, a normatização nunca foi totalmente eficiente para manter uma única ordem sexual, como argumenta Foucault (1988), admitir a transgressão das regras da vida social, com vistas à busca do prazer, não descaracteriza a importância dessa normatização, entretanto valoriza o exercício desse prazer sem pudor. Nesse sentido, as narrativas revelam que o uso de drogas cumpre um papel importante por possibilitar às usuárias a liberação de sua sexualidade, sem pudor ou qualquer tipo de preocupação relacionada às questões de ordem moral ou religiosa.

4.5. PERCEPÇÃO DE RISCO DIANTE DO HIV/AIDS

Os achados deste estudo sinalizam a importância da contextualização da percepção de risco de contrair o HIV, expresso no discurso das nove entrevistadas, articulando-o com as tendências e possibilidades de adesão ou não ao uso do preservativo feminino. Ao serem questionadas sobre a possibilidade de adquirirem o HIV, possivelmente por via da relação sexual desprotegida, e terem sido estimuladas a refletir sobre o risco que essa situação poderia representar para elas, foi revelada a percepção incipiente de seis informantes, que transferem para o companheiro a preocupação com o risco, como se fosse algo que deve ficar sob o controle do "outro".

Traçar a trajetória histórica do conceito de risco foge do intuito principal dessa discussão que pretende sinalizar se as informantes se percebem em risco diante do HIV/Aids e como lidam com esse risco. Por outro lado, vale acrescentar que a noção de risco aqui abordada estará embasada na definição de Douglas (1994) enquanto categoria social historicamente construída, cujos significados dizem respeito, muito mais, à extensão de seus resultados e ao valor social a eles atribuídos, em diferentes contextos sociais, do que à probabilidade de ocorrência de algo negativo. Concordamos com a autora quando ela argumenta que a compreensão dessa categoria no contexto da epidemia de Aids vai além da matemática da probabilidade, por envolver preocupações íntimas que extrapolam a codificação dos riscos.

Segundo Douglas (1994), a idéia de risco encontra-se bem adaptada aos tempos atuais, pois sua terminologia universalizante e seus usos jurídicos se adaptam à cultura que dá suporte à sociedade moderna industrial. Daí a contribuição da análise sobre a noção de risco na saúde pública e na epidemiologia realizada por Ayres (1997), onde discute o conceito de risco no âmbito da epidemia de Aids, propondo, junto com outros autores (Ayres et al., 1999), a substituição desse conceito de risco relacionado ao cálculo da probabilidade de ocorrência de um agravo pelo conceito de vulnerabilidade que permite ir além das estimativas de risco epidemiológico e incorporar valores, a intersubjetividade e as questões políticas nas concepções e práticas de saúde.

Segundo Lisboa (2003), as mulheres apresentam maior vulnerabilidade biológica (possuem mucosa vaginal menos espessa, com superfície maior, além disso, o sêmen contaminado pelo HIV tem maior concentração de vírus do que a secreção vaginal). Essa autora acrescenta ainda que, além da vulnerabilidade biológica, as mulheres apresentam historicamente uma trajetória marcada por experiências ligadas a um contexto de opressão e subjugação, onde o movimento feminista trouxe contribuições importantíssimas, no sentido de promover a mobilização social desse segmento, estimulando-o a reconhecer, lutar e defender a garantia dos seus direitos sociais, sexuais e reprodutivos.

Segundo a autora, é nesse contexto de subjugação e opressão que surge uma outra vulnerabilidade associada à questão das relações de poder. Os achados desse estudo, ilustrados através de algumas narrativas, confirmam essa formulação da autora. As narrativas das entrevistadas evidenciam a existência de uma relação de submissão consciente delas às escolhas, decisões e desejos de seus companheiros, sinalizando a dificuldade de exercitar seu poder de negociação de práticas sexuais protegidas junto aos seus respectivos companheiros, mediante algumas situações vivenciadas no seu cotidiano.

... a gente nunca fala assim se corre risco de pegar alguma doença porque um confia no outro, mas do jeito que a coisa tá hoje em dia, não sei se dá para confiar não..., mas a gente vai levando, vou fazer o quê? Vou brigar com ele? Eu mesmo não... Peço a Deus todo dia pra que nada aconteça... (E4).

... eu vou lhe dizer uma coisa, tem dia que a gente tá no bem-bom e nem lembra da camisinha, aí eu pergunto a ele cadê a camisinha? Ele diz que um dia só que ele não usar não faz mal, não. Você acha que eu vou discutir com ele? Eu mesmo não, transo assim mesmo... sem usar nada... (E9)

As entrevistadas mencionaram de forma superficial e/ou contraditória a percepção de risco de contrair o HIV. Se, por um lado, aparece no discurso da maioria delas o receio de adquirir

esse vírus, por outro, expressam um distanciamento dessa questão como algo pouco importante no seu cotidiano. Além de demonstrarem que essa é uma preocupação que deve constar prioritariamente na agenda de seus respectivos companheiros, e não exatamente na agenda delas. Para Douglas (1994), o risco é resultado de pactos que surgem entre os indivíduos nas suas redes de sociabilidade, especialmente pelos códigos culturais que regulam as relações de gênero. Deste modo, perceber como essas relações se apresentam no cotidiano das mulheres entrevistadas possibilitou a compreensão do distanciamento entre a consciência do risco e o exercício de práticas sexuais seguras relacionadas à prevenção do HIV.

...não vou negar que tenho medo de pegar Aids, mas como eu só tenho um parceiro, digo sempre a ele que, se for aprontar alguma, que use camisinha... ele finge que o assunto não é com ele, mas eu juro que se pegar Aids por causa dele eu mato ele... (E1).

... eu nem gosto de ficar pensando nisso porque a gente não tá do lado da pessoa o tempo todo, como ela também não tá do lado da gente pra saber o que a gente fez ou deixou de fazer... O lance é que, se a gente ficar pensando nisso, a gente não faz mais nada na nossa vida... Eu digo a meu namorado direto que ele não pode andar sem camisinha no bolso porque, na hora do vamos ver, ele tem que tá prevenido... (E9).

Contraditoriamente, duas informantes revelaram preocupação justificada por uma responsabilidade atribuída às mulheres na nossa sociedade de cuidar de si e dos outros, acrescentando que essa preocupação com a prevenção de doenças, por exemplo, não é algo para o que os homens apresentem muita disponibilidade. O fato que chama a atenção é que há uma concordância por parte da maioria das informantes em justificar essa posição masculina como algo natural e que deve ser aceito por todos. O principal argumento colocado por elas é que por se tratar de uma postura masculina antiga, tende a não mudar, e sim perpetuar-se. Esse dado aponta a necessidade de compreensão sociocultural dos riscos, evidenciando a possibilidade de assimilação diferente do que é almejado pelos “ideais preventivistas”. Vale acrescentar que, se depender da mobilização das entrevistadas, levará mais algum tempo para elas exercitarem no cotidiano a transformação dessa situação.

...desde que o mundo é mundo que os homens nem ligam pra se cuidar, quanto mais cuidar de alguém. Lá em casa, eu vejo como é que meus irmãos fazem, não podem ter uma dor de dente que eles armam o maior barraco, parece que a casa vai desabar. E minha mãe fica toda preocupada com eles, mas quando é a gente que tem aquelas cólicas de matar, eles não dão a mínima e ainda dizem que isso é frescura de mulher... Eu não vejo eles terem o mesmo cuidado com a saúde como a gente tem... a gente é mãe e não pode deixar de ter esse tipo de cuidado... (E5).

... eu posso tá morrendo de dor que meu marido só faz me perguntar se eu já tomei algum remédio e pronto, acabou a preocupação dele... eu já tô tão acostumada com isso que já nem ligo mais... Eu é que tenho que levar os meninos no médico, pegar camisinha no posto..., se ele diz que não tem tempo, eu vou dizer o que, pelo amor de Deus..., vou lá e faço tudo que tem que fazer e acabou... (E3).

... eu já tô acostumada a cuidar de tudo mesmo que nem paro pra ficar pensando nisso..., eu sei que ele deveria fazer a parte dele também, mas, se nunca fez, é agora que tá comigo que ele vai fazer, você acha?... Homem é tudo igual, não tem mais jeito, acho que não vão mudar mais não, menina... (E8).

A existência de um número significativo de usuários de drogas transitando cotidianamente no bairro de Milagres, atraídos pelo movimentado comércio ilegal de tais substâncias, certamente contribui para que o risco de contrair o HIV seja uma questão presente, ainda que superficialmente, no discurso de seus habitantes, especialmente das entrevistadas. Por outro lado, é um risco que, mesmo perto, parece estar distante, ou seja, as narrativas não expressam a real consciência desse risco, especialmente se for associado a mudanças no comportamento decorrentes dessa percepção.

... se tem uma coisa que eu não perco tempo pensando é isso, porque todo mundo corre o risco de pegar Aids, não é?... Então, pra que eu vou ficar esquentando minha cabeça com isso?... Mas que dá medo, isso dá... (E7).

A intervenção comunitária realizada cotidianamente pela equipe do PRD - conhecida pelo trabalho desenvolvido pelos agentes redutores de danos, que repassam informações/ orientações sobre práticas preventivas, distribuem regularmente camisinhas e trocam seringas usadas por novas - possibilita o contato direto com a discussão sobre o risco, estimulando a reflexão dos (as) usuários (as) contatados para que a consciência do risco de contrair a Aids esteja mais presente no cotidiano deles. Entretanto, essa prática isolada é insuficiente para a consolidação de uma maior consciência do risco de contrair o HIV e adoção de comportamento preventivo. As narrativas ilustram a distância entre o que pensam e como agem:

... a maioria dos meus namorados tudo usa droga, e pra conseguir convencer eles a usar a camisinha quando eles tavam muito doído era difícil mesmo..., teve uma vez que nem eu nem ele lembrou de usar porque a gente tava legal demais pra pensar em camisinha... só no outro dia quando a gente acordou que viu que não tinha usado e aí já foi... (E7).

A minimização do risco apareceu no discurso de algumas entrevistadas como algo que está associado ao tipo de relacionamento que elas estabeleceram com seus companheiros. Aquelas entrevistadas que revelaram ser casadas, por exemplo, informaram não se sentir em risco porque têm apenas um parceiro e confiam nele, colocando em discussão o mito da relação estável e da segurança conjugal. A percepção das entrevistadas que referiram ter parceiros

fixos, apesar de não serem casadas, não foi muito diferente, pois elas expressaram em seus discursos que, após adquirirem confiança em seus respectivos companheiros, a preocupação com risco desaparece do seu cotidiano.

... esse lance de risco eu não esquento muito não porque qualquer coisa que a gente faça a gente corre risco, diga se não é? Se você tiver no ponto de ônibus de noite, você corre o risco do ladrão te assaltar e você pode até morrer. Então, você acha que eu vou ficar nessa paranóia com medo de pegar Aids? Eu mesmo não... (E7).

... logo que a gente começou a namorar, eu ficava toda preocupada pra não deixar de usar a camisinha com medo de pegar Aids, mas, depois que eu passei a confiar nele, eu nem perguntava mais se ele tinha camisinha ou não, às vezes a gente usava e às vezes não... (E6).

Apesar de algumas entrevistadas mencionarem o medo de adquirir o HIV, o qual se faz sentir apenas no período inicial do relacionamento, quando ainda não há confiança no companheiro, poucas informaram mudanças no comportamento no sentido de se protegerem. Outro dado importante expresso no discurso das entrevistadas, ao mencionarem como lidam com essa questão da vulnerabilidade, diz respeito às estratégias utilizadas por algumas delas relacionadas à forma de sensibilizar seus parceiros a adotarem práticas sexuais protegidas.

Foi possível perceber no discurso da maioria das entrevistadas a pouca importância que elas destinam ao autocuidado, o que pode justificar a banalização do risco e, conseqüentemente, influenciar na percepção de sua vulnerabilidade diante do HIV. O cuidado e a proteção do próprio corpo foram aspectos raramente mencionados no discurso das informantes. Nesse sentido, pode-se afirmar que o acesso à informação e, conseqüentemente, às formas de prevenção, a exemplo do uso do preservativo, promovido pela equipe do PRD nesse bairro, parece ser insuficiente para sensibilizar as mulheres usuárias de drogas participantes deste estudo a perceberem sua vulnerabilidade.

A consciência do risco diante das IST/Aids por parte das entrevistadas parece não fazer parte do cotidiano delas como algo que se presentifica, especialmente em atitudes e comportamentos de prevenção. O fato das entrevistadas serem usuárias de drogas parece não exercer influência no sentido de terem consciência do risco em relação ao HIV/Aids. Nos discursos, essa consciência foi evidenciada de forma superficial, como se fosse algo que não fizesse parte da sua agenda diária. A inserção desse segmento específico entre outros segmentos considerados vulneráveis ao HIV/Aids não teve maiores influências sobre a percepção de risco das entrevistadas.

O fato de estarem em contato diário com os ARD, recebendo preservativos e orientações sobre formas de prevenção do uso/abuso de drogas e das IST aproxima-as e ao mesmo tempo parece que as distanciam desse risco. Essa percepção superficial do risco traz repercussões no comportamento das entrevistadas, tendo em vista a inconsistência do uso de métodos de prevenção referida em várias narrativas. A ocorrência de práticas sexuais protegidas e desprotegidas concomitantemente reflete essa consciência superficial do risco.

CAPÍTULO V – DESVENDANDO OS SIGNIFICADOS E PRÁTICAS ASSOCIADOS AO PRESERVATIVO FEMININO

Cada um de nós é um símbolo que lida com símbolos – tudo ponto de apenas referência ao real. Procuramos desesperadamente encontrar uma identidade própria e a identidade do real. E se nos entendemos através do símbolo é porque temos os mesmos símbolos e a mesma experiência da coisa em si: mas a realidade não tem sinônimos.

(Clarice Lispector, 1998.)

5.1. A DISTRIBUIÇÃO DE PRESERVATIVOS NA UBS³⁵

Desvendar os significados e práticas associados ao preservativo feminino pressupõe a contextualização da dinâmica de distribuição dos preservativos feminino e masculino na UBS de Milagres. Como toda unidade que possui diversos programas de atenção à saúde, essa também conta com o programa de prevenção às IST³⁶/Aids e o programa de planejamento familiar. Apesar de lidarem com temáticas afins, esses programas funcionam de forma dissociada, porém ambos são responsáveis pela disponibilização de métodos de prevenção da gravidez e das IST, dentre eles o preservativo.

É importante ressaltar que as UBSs não dispõem do preservativo feminino, devido ao seu alto custo. Apenas unidades de saúde caracterizadas como referência para o atendimento de populações consideradas vulneráveis³⁷ às IST/Aids disponibilizam esse método. Portanto, a distribuição de preservativo feminino nessa unidade fica sob a responsabilidade da equipe do PRD, por atender as mulheres usuárias de drogas e as parceiras de usuários de drogas.

A distribuição do preservativo masculino realizada semanalmente pelos profissionais de saúde (enfermeira e assistente social) da referida unidade obedece aos seguintes critérios: ter iniciado a vida sexual, ser morador do bairro, levar a carteira de identidade. Segundo as mulheres entrevistadas, o maior problema enfrentado por algumas delas e por seus respectivos companheiros é a exigência da apresentação do documento de identidade para receber o preservativo, pois alguns deles estão envolvidos em atividades ilegais e não possuem esse

³⁵ Unidade Básica de Saúde - UBS - vinculada à Secretaria Municipal da Saúde da cidade.

³⁶ Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST. Esta terminologia surgiu recentemente e tem substituído a que era anteriormente utilizada no Brasil e no mundo para caracterizar especificamente as Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST.

³⁷ Segundo o Ministério da Saúde, são consideradas populações vulneráveis às IST/Aids as mulheres portadoras do HIV, profissionais do sexo, usuárias de drogas e parceiras de usuários de drogas.

documento. A cota mensal equivalente a 12 preservativos masculinos é entregue aos usuários da UBS.

Ao fazer referência à dinâmica da distribuição de preservativos na unidade de Milagres, as mulheres estabeleceram uma comparação entre a distribuição realizada pelos profissionais de saúde dessa unidade e a realizada pela equipe do PRD³⁸, mencionando aspectos positivos e negativos relacionados aos dois tipos de intervenção. A distribuição de preservativos realizada pela equipe do PRD ocorre uma vez por semana na própria unidade, numa sala destinada à realização das ações de Redução de Danos (sala localizada nos fundos da unidade, o que dificulta sua visibilidade e o conhecimento dos usuários da unidade sobre sua existência); e uma vez por semana em uma associação comunitária situada em uma área extremamente pauperizada de Milagres.

A frequência dos usuários(as) de drogas à sala do PRD é considerada boa, tendo em vista que a localização geográfica da unidade demarca duas áreas de conflito entre os usuários envolvidos com o comércio ilegal de drogas, situação que dificulta o acesso de alguns a essa unidade. São distribuídos semanalmente para a população usuária de drogas e companheiros de usuários seis preservativos masculinos por pessoa, acompanhados por materiais educativos (folders, cartilhas, etc.), e informações/orientações sobre IST/Aids e outras doenças associadas ao uso de drogas.

Com relação aos preservativos femininos, são distribuídos dois por semana para cada mulher usuária de drogas ou companheira de usuário de drogas. Apenas as mulheres podem receber o preservativo feminino distribuído pelo PRD, pois a orientação sobre a sua colocação exige a presença da mulher para que sejam esclarecidas as dúvidas relacionadas ao manuseio desse método. Segundo as mulheres, seus parceiros criticam a equipe do PRD por não entregar o preservativo feminino a eles, pois discordam dessa justificativa de que esse preservativo, bem como as orientações sobre seu uso, sejam repassados especialmente para elas.

O aspecto positivo mencionado pelas informantes sobre a intervenção realizada pelos profissionais da unidade foi o suprimento do preservativo nos momentos em que a equipe do PRD não dispõe do produto, devido ao atraso no fornecimento por parte dos órgãos

³⁸ Programa de Redução de Danos – PRD, responsável pelo desenvolvimento de ações de prevenção às IST/AIDS, dentre elas a disponibilização de preservativo feminino e masculino, junto aos (as) usuários (as) de drogas residentes no bairro de Milagres.

governamentais³⁹ responsáveis pela compra e repasse dos mesmos. Por outro lado, as mulheres diferenciam o atendimento que recebem na UBS daquele recebido pela equipe do PRD. Elas afirmam que há um respeito pelas pessoas que são usuárias de drogas, enfatizando que isso não ocorre no atendimento de modo geral realizado pelos profissionais de saúde na unidade.

O papel do Agente Redutor de Danos é destacado como ponto positivo da equipe do PRD, por ele ser uma pessoa muito próxima dos moradores em geral e dos usuários de drogas. Quanto aos aspectos negativos considerados pelas informantes sobre os dois tipos de intervenção envolvendo a distribuição do preservativo na unidade, foi mencionado por todas as mulheres a quantidade insuficiente que é distribuída mensalmente pelas duas equipes, principalmente do preservativo feminino.

Outro aspecto relacionado aos profissionais da unidade referido pelas informantes foi o fato de elas não repassarem diariamente as informações/orientações sobre IST/Aids durante a entrega do preservativo. A grande demanda, o pouco tempo para atendê-la e o fato de acreditarem que os usuários já tiveram acesso a tais informações são argumentos utilizados pelos profissionais da unidade e criticados pelas entrevistadas. Referiram ainda como aspecto negativo que envolve as duas equipes a falta de preservativos em determinados períodos considerados por elas como importantíssimos, ou seja, em momentos de festas populares, por exemplo, onde há maior procura por parte dessa população.

... dia de terça é um dia que não pode faltar camisinha aí no posto, porque todo mundo aqui desce para a bênção (Pelourinho) e cai no reggae, com ou sem camisinha..., mas quando a gente vai no posto pegar e não tem, a gente cai matando e esculhamba todo mundo... (E9).

Os moradores que se dirigem à unidade de Milagres para buscar os preservativos (homens ou mulheres) têm direito a receber uma cota mensal de doze preservativos masculinos. Configura-se aí outra crítica emitida pelas informantes deste estudo, que relatam que essa quantidade de preservativos é insuficiente para utilizar durante um mês. Considerando que o governo responsabiliza-se por uma parte da prevenção das IST/Aids, apostando que as pessoas, de modo geral, irão assumir a outra parte dessa responsabilidade, imagina-se que essa cota mensal representa apenas um estímulo para a ocorrência da prevenção. Porém, o fato de a UBS situar-se em um bairro popular onde os moradores possuem baixo poder

³⁹ A compra dos preservativos femininos era realizada exclusivamente pelo Ministério da Saúde, nos últimos dois anos, vem sendo realizada diretamente pelas Secretarias Estaduais da Saúde através de suas Coordenações de DST/AIDS.

aquisitivo não contribui para que o preservativo possa constar na lista de produtos prioritários a serem comprados por eles mensalmente.

A frequência das mulheres entrevistadas à UBS não foi mencionada como um hábito que faça parte do cotidiano delas, considerando que seis entrevistadas referiram só procurar o serviço quando surge algum problema grave envolvendo sua própria saúde ou de seus familiares, especialmente seus filhos. A dificuldade de marcação de consultas figura como um dos aspectos negativos relacionados ao atendimento prestado à comunidade por essa unidade. A postura de indisponibilidade expressa por parte de alguns profissionais de saúde que atuam na unidade aparece como o segundo aspecto negativo mencionado pelas entrevistadas. A falta de articulação entre os profissionais da unidade e a equipe do PRD reforça essa postura de indisponibilidade diante dessa clientela específica.

... pra conseguir marcar uma consulta nesse posto você tem que dormir aí na porta, senão você não vai ser atendido nunca.. Os agentes de saúde só vai em algumas casas, não vai em todas, então fica um bocado de gente sem ser acompanhado por eles..., até camisinha a gente cansa de ir buscar e chega lá a mulher diz que não tem, que só vai ter no outro mês, aí é brabo, né?... (E3).

... pra gente que depende desse povo aí (profissionais de saúde da UBS), tem vezes que a gente fica implorando pra conseguir uma consulta e eles na maior má vontade..., não move uma palha pra facilitar a vida da gente... nunca vi igual... (E4).

... eu não ando muito por aqui, não (referindo-se ao posto de saúde), só venho pra pegar minhas camisinhas e assistir as palestras (PRD), quer dizer, se os meninos (filhos) cai doente, aí eu venho trazer pra o médico dar uma olhada, né?, mas não gosto de tá aqui direto, o povo (profissionais de saúde do posto) num liga muito pra gente e eu também tenho uma saúde boa, não preciso tá aí todo dia... (E9).

Os fragmentos das narrativas citados acima revelam a possibilidade de não-identificação das entrevistadas com a UBS. O preconceito no atendimento da população de usuários de drogas apareceu no discurso de seis entrevistadas, sendo que duas delas acrescentaram que a recíproca é verdadeira, estabelecendo uma comparação com a equipe do PRD e informando que o tratamento é completamente diferente. Mais uma vez, a figura do Agente Redutor de Danos (ARD) foi citada por todas as informantes como um elemento importante na intermediação dessa relação.

As entrevistadas queixaram-se da postura dos profissionais da UBS alegando que eles não se disponibilizam a atender os usuários como a equipe do PRD o faz, ou seja, atendendo todos indiscriminadamente sem emitir qualquer juízo de valor sobre o seu comportamento decorrente do uso de drogas lícitas e/ou ilícitas. No estudo realizado por Barbosa (1999), a estrutura de atendimento do serviço que disponibiliza esse método de prevenção foi apontada

como fator que pode contribuir para a adesão ao método por parte das mulheres que freqüentam o serviço. Nesse sentido, a postura dos profissionais envolvidos com essa atividade deve ser adequada ao contexto e, conseqüentemente, à população alcançada pelo serviço.

... quando a gente vai no posto pegar camisinha, a assistente social nem conversa com a gente pra explicar as doenças, ela pede a identidade e anota o nome da pessoa e acabou, dá a camisinha e pronto... Lá embaixo (sala do PRD), não, o pessoal fala e mostra aquelas doenças tristes que acabam com o pinto e que dá na mulher também. Lá a gente pode fazer pergunta quando tem dúvida e eles respondem, já no posto, não, ela não tá nem aí... (E8).

A distribuição do preservativo não pode ser considerada uma ação de saúde simples, pois envolve questões relacionadas a temas complexos: subjetividade, sexualidade, conhecimento do corpo, relacionamentos afetivos, dentre outros. Barbosa (2000) confirma essa assertiva, argumentando a necessidade de os profissionais de saúde, bem como dos serviços e programas envolvidos com intervenções educativas voltadas para a população em geral, passarem por um processo de treinamento e capacitação que possa prepará-los para atenderem às novas demandas.

Durante o ano de 2004, o PRD realizou 2.492 atendimentos de mulheres usuárias de drogas nesse distrito sanitário, dentre os quais 1.216 estavam relacionados à distribuição de preservativo feminino. Em 2005, foram totalizados pelo PRD⁴⁰ 1.135 e 413 atendimentos respectivamente. O fornecimento irregular ou atraso no repasse dos preservativos pela CE-DST/Aids configura um dos componentes da noção de vulnerabilidade discutida por Ayres (1999), denominado de vulnerabilidade programática⁴¹. Atualmente, essa coordenação é o único órgão responsável pela compra e fornecimento de preservativos femininos aos serviços de saúde da cidade. Em 2004, essa coordenação enfrentou diversos problemas na compra dos preservativos, atrasando seu fornecimento aos serviços de saúde, fomentando críticas por parte das mulheres que haviam aderido ao seu uso, que ficaram impossibilitadas de receber a cota semanal. Quando as entrevistas complementares foram realizadas, as mulheres estavam a dois meses sem receber o preservativo feminino.

⁴⁰ A mudança de sede do PRD - situado anteriormente no Cetad/Ufba, mudando-se para a Faculdade de Medicina da Bahia/Ufba -, ocorrida em dezembro de 2004, teve influências na diminuição do número de usuários(as) de drogas atendidos pelo PRD, na quantidade de usuárias cadastradas para receber preservativos, e conseqüentemente na quantidade de preservativos distribuídos.

⁴¹ Componente que abarca programas voltados especificamente para a prevenção controle e assistência em Aids e que podem ser avaliados em qualquer alcance em que se baseiem seu planejamento e execução. É considerado um aglutinador de informações, recursos materiais, suporte de várias ordens e um catalisador/ amplificador das necessidades e contradições socialmente postos (Ayres, 1999). Essa dificuldade de acesso das mulheres ao preservativo pode contribuir para ampliar a sua vulnerabilidade às IST/Aids.

... como é que a gente vai se prevenir se não tem a camisinha feminina pra gente usar. Todo dia eu pergunto a M. (ARD) pra saber se já chegou e ela me diz a mesma coisa: "Ainda não, mas vai chegar". O pior é que ninguém sabe quando é que vai ter essa camisinha aí no posto de novo, nunca demorou tanto assim pra chegar... (E5).

Essa descrição de como funciona a dinâmica de distribuição do preservativo feminino na UBS, onde as entrevistadas têm acesso, teve o intuito de possibilitar a compreensão desse contexto, no qual estão inseridos os atores sociais envolvidos com essa dinâmica. Além de mostrar a influência dessa dinâmica na forma como essas mulheres constroem a relação com esse novo método de prevenção. Foi evidenciada a importância da atuação dos profissionais de saúde da unidade, bem como da equipe do PRD, no sentido de estarem facilitando, ou até mesmo dificultando, o contato dessas mulheres com esse método de prevenção, de acordo com a abordagem que utilizam para sensibilizá-las, e conseqüentemente a seus parceiros.

5.2. O PRESERVATIVO FEMININO

As mulheres entrevistadas tiveram acesso ao preservativo feminino ao serem cadastradas no PRD para recebimento semanal dos dois tipos de preservativo. A distribuição do preservativo feminino nesse programa teve início no ano de 2001, sendo que a realização do estudo utilizado aqui como referência ocorreu em março de 2002. O estudo complementar foi realizado em março de 2004. Todas as mulheres no momento da realização do estudo complementar em março de 2005 já eram usuárias do preservativo feminino há mais de dois anos. As mais antigas estavam cadastradas desde março de 2001.

Esse cadastramento era realizado no momento que as mulheres entravam em contato com a equipe do PRD, geralmente através do ARD que as sensibilizavam sobre o uso dos dois tipos de preservativo, configurando o primeiro contato dessas mulheres com o feminino. O fato de, dois anos depois, seis das sete mulheres recontatadas continuarem a usar o preservativo feminino mostra que a adesão ao uso desse método foi boa entre as mulheres entrevistadas. Estas mulheres, assim como as duas entrevistadas pela primeira vez em 2005, utilizam o preservativo feminino associado a outros métodos, a exemplo do preservativo masculino, pílula e contraceptivo injetável.

Dentre as nove entrevistadas, três revelaram o uso de contraceptivo injetável associado ao uso do preservativo masculino e feminino, enquanto outras três informaram fazer uso de pílula anticoncepcional associada aos dois tipos de preservativo, uma informou o uso do DIU (Dispositivo Intra-Uterino); uma, o uso exclusivo dos dois tipos de preservativo; e uma

mencionou a realização da esterilização como seu método contraceptivo. Sendo que a frequência de uso do preservativo feminino, referida pelas entrevistadas é de um a dois preservativos por semana, aliado ao uso do preservativo masculino, bem como aos métodos de prevenção às IST/Aids mencionados.

Um primeiro ponto a ser discutido é que os preservativos masculino e feminino parecem ocupar, no discurso das informantes, o lugar de métodos contraceptivos que por algum motivo falharam ou causavam determinados incômodos.

... quando eu engravidei, eu tava tomando remédio (pílula), eu tomei um susto e ele também, depois dessa gravidez a gente deu pra usar camisinha direto. Eu não confiava mais no remédio... apesar de que a camisinha também estourou algumas vezes e eu ficava com medo de engravidar... (E2).

... No começo, todo mundo estranha, principalmente o namorado, esse é o que primeiro bota defeito, mas depois acaba acostumando e gostando de usar a feminina... eu mesmo gosto porque não me incomoda em nada e eu não esqueço de usar como fazia com o anticoncepcional... (E5).

... eu preferi esterilizar pra não ficar na paranóia de tomar remédio (pílula) porque eu sempre esquecia de tomar, quando me lembrava de tomar a pílula já era no outro dia e ficava com medo de engravidar... agora, tá beleza, só uso camisinha e pronto... O problema é quando o namorado fica procurando cheiro, dizendo que não quer usar... aí você faz aquele dengo e acaba convencendo ele a usar... (E8).

Diversos estudos realizados junto à população feminina corroboram com essa assertiva ao mostrar a busca da anticoncepção segura e, conseqüentemente, a adesão a métodos contraceptivos que ofereçam maior proteção. Com o surgimento da Aids, o preservativo masculino e o feminino apresentaram-se como métodos exclusivos que oferecem dupla proteção, contra gravidez e IST/Aids (JOHNSTONE, 1997). Apesar de outros métodos já estarem sendo pesquisados, dentro e fora do Brasil, com esse mesmo objetivo da dupla proteção (ELIAS & COGGINS, 1996; CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2001). Em estudo realizado em São Paulo com mulheres infectadas pelo HIV, Magalhães (2001) mostrou que a associação de dois métodos ocorre quando há incidência de IST ou quando o método adotado anteriormente falhou. Nessas situações, os preservativos são utilizados associados a outros métodos que transmitam maior segurança.

Os estudos que discutem a adoção do uso dos dois tipos de preservativo enquanto métodos contraceptivos enfatizam a consistência do uso como fator importante na escolha do método. Daí que as razões atribuídas ao uso inconsistente do preservativo masculino, como método contraceptivo, são apontadas no estudo realizado por Nuwaha et al. (1999) como decorrentes da resistência ao uso por parte dos homens e da dificuldade de negociação em

relacionamentos estáveis. Outros estudos reforçam essa assertiva mostrando que a consistência do uso do preservativo masculino sempre foi bastante reduzida (SCHNELL et al., 1996). Um estudo realizado por Berquó (1999) em seis contextos urbanos distintos revela que o uso consistente do preservativo feminino foi maior entre as mulheres que não corriam o risco de engravidar (31%) e menor entre as que corriam esse risco (24%), os dois percentuais indicaram a possibilidade de incorporação deste método entre essas mulheres.

No presente estudo, a adesão ao uso do preservativo feminino por parte das entrevistadas esteve prioritariamente associada à prevenção da gravidez, configurando-o, sobretudo, como um método contraceptivo. Para algumas mulheres entrevistadas, o preservativo feminino e o masculino representam uma segurança complementar em relação ao esquecimento ou falha no uso do contraceptivo oral. Para outras informantes, os preservativos são utilizados, sobretudo quando não há disponibilidade de pílulas anticoncepcionais na unidade de saúde de Milagres. Porém, o preservativo feminino, mesmo que em menor escala, também é utilizado pelas entrevistadas como método de prevenção das IST.

A discussão sobre o uso do preservativo feminino enquanto método contraceptivo vem sendo abordada na literatura por Barbosa (2000) ao sinalizar o fato de as mulheres brasileiras não terem a tradição de usar prioritariamente métodos intravaginais de barreira. A autora aponta a existência de uma cultura contraceptiva, no Brasil, baseada principalmente em contraceptivo hormonal e laqueadura tubária, a qual tem exigido uma mudança de mentalidade dos atores envolvidos, exatamente como aconteceu com relação ao preservativo masculino. Corroborando com essa autora, Paiva (2000) fala sobre as inúmeras dificuldades enfrentadas para mudar as práticas sexuais enraizadas numa cultura, ou numa subcultura, onde os hábitos relacionados às práticas protegidas ou "sexo seguro" ainda sejam pouco comuns.

A prevenção das IST ocupa a segunda posição entre as motivações para uso do preservativo feminino. Este dado foi observado por outros estudos que analisaram o lugar da prevenção das IST na hierarquia de valores estabelecidos pelas mulheres. Foi evidenciado por Gogna (1999) que as IST não têm sido priorizadas por estarem associadas às condutas sexuais dos homens e das mulheres. Atuar nesse terreno implica compreender as questões acerca do comportamento sexual que envolve as relações entre gênero e sexualidade, os contextos e significados das interações sexuais e da negociação sexual. Contudo, duas entrevistadas referiram utilizar o preservativo feminino prioritariamente para prevenção de IST. A narrativa selecionada para ilustrar essa opção de uso do preservativo feminino, por uma das duas entrevistadas, sinaliza

uma transformação no comportamento dessa informante, ainda que não predominante entre as entrevistadas, mas que caracteriza a sua percepção de risco de adquirir uma IST.

... eu agora não tenho do que me queixar, continuo tomando a injeção pra não engravidar e vou usando minha camisinha pra prevenir as doenças... de vez em quando ele pede pra gente só usar a masculina e eu aceito, mas prefiro mais a minha porque posso botar antes da relação começar... (E7).

As narrativas das mulheres que referiram possuir um relacionamento estável evidenciaram a dificuldade de sensibilização dos parceiros para uso de métodos de prevenção, especialmente de prevenção das IST. Confirmando esse dado, os achados de um estudo qualitativo realizado por Gogna (1999) junto a homens e mulheres de classes populares evidenciaram essa dificuldade. A justificativa para tal comportamento, segundo a autora, refere-se ao medo que as mulheres têm em expor o relacionamento estável ao propor o uso do preservativo, levantando suspeitas do parceiro sobre sua conduta sexual. Entretanto, ao comportarem-se dessa maneira, terminam expondo-se a situações de risco de adquirir uma IST, mas por outro lado asseguram a proteção do relacionamento estável.

Apesar da prevenção da gravidez ter sido referida pelas entrevistadas do presente estudo como o principal motivo para uso do preservativo feminino, sua inconsistência foi evidenciada no discurso das entrevistadas. Essa inconsistência do uso do preservativo parece estar relacionada à percepção de risco⁴² das entrevistadas com relação ao HIV/Aids, considerada pela pesquisadora como relativa. Apenas duas informantes referiram a preocupação em usar o preservativo feminino para se prevenir das IST, enquanto as demais fazem esse uso de maneira inconsistente, expondo-se frequentemente a situações de risco de adquirir uma IST, ao praticar relações sexuais desprotegidas. As entrevistadas mencionaram algumas situações onde enfrentam maior dificuldade para sensibilizar o parceiro a usar o preservativo, destacando a influência do uso de drogas nessa situação.

O esquecimento do uso do preservativo no momento da relação sexual foi referido pelas entrevistadas como uma das principais influências do uso de drogas no comportamento sexual. Acrescentaram que, quando os parceiros estão sob o efeito de drogas, ou ficam resistentes ao uso do preservativo ou terminam esquecendo de usá-lo. Essas situações de esquecimento são compartilhadas por elas quando também estão sob o efeito de alguma substância. Um estudo realizado por Oliveira (2001) com mulheres usuárias de drogas

⁴² A percepção de risco das entrevistadas foi discutida no capítulo anterior.

fortalece essa assertiva sobre a influência do uso de drogas enquanto fator que contribui para ampliar a vulnerabilidade das mulheres com relação a HIV/Aids.

...o negócio é o seguinte, essa onda aí de esquecer de usar a camisinha já aconteceu comigo e com meus parceiros muitas vezes... Se você tiver viajando na onda mesmo, você não tá nem aí pra usar nem camisinha nem nada... Se você der um teco (fumar maconha) e ficar ligada, aí rola, aí você se previne e usa sua camisinha na maior..., mas às vezes tá até no bolso e o cara esquece de pegar e você também nem lembra de perguntar: ô velho, cadê a camisinha?... (E9).

... como a gente (o casal) já tá acostumado a usar camisinha, não tem problema, não, a gente usa na hora certa. Mas tem umas colegas minhas que dizem que às vezes fumam (maconha) tanto que esquecem de usar a camisinha, além de não querer parar a relação pra botar a camisinha... (E2).

A outra forma de influência do uso de drogas no comportamento sexual das mulheres e de seus parceiros diz respeito ao fato de o parceiro insistir em não usar nenhum método de prevenção, e, para evitar conflitos, elas terminam aceitando essa imposição realizando práticas desprotegidas; a outra se refere ao esquecimento de usar qualquer método de prevenção. Os estudos que discutem essa influência confirmam essa assertiva acrescentando que o tipo de droga e a quantidade utilizada podem realmente influenciar esse posicionamento que o parceiro assume (Oliveira, 2001).

No presente estudo, a associação entre o uso de drogas e o comportamento sexual das entrevistadas e de seus parceiros foi referida por elas. As drogas mais utilizadas pelas entrevistadas e seus parceiros foram: álcool, maconha e cocaína (esporadicamente). Para as entrevistadas, a influência do uso de tais substâncias possui um caráter positivo, nas situações em que elas conseguem utilizar o preservativo feminino sem que seu parceiro perceba, por estar sob o efeito de alguma dessas substâncias. Esse comportamento das entrevistadas pode representar um passo importante no sentido de elas estarem exercitando a sua autonomia na relação, ainda que de forma superficial, mas já sinalizam a preocupação com sua autoproteção. Lembrando que a preocupação prioritária é com a prevenção da gravidez.

A epidemia de Aids e a dinâmica social dela decorrente estimularam reflexões em diversos níveis: pessoal, interpessoal, sociocultural, político, econômico, dentre outros. O preservativo feminino surgiu no contexto dessa epidemia trazendo consigo a necessidade de assimilação de mudanças comportamentais que contemplassem a sua inserção, no âmbito das práticas sexuais realizadas por homens e mulheres. Nesse sentido, o contato das entrevistadas com esse método de prevenção promoveu uma série de questionamentos relacionados à adesão ao seu uso, os quais estão sendo discutidos ao longo desse estudo. Dentre eles, situam-se os

elementos que podem facilitar a adesão ao seu uso e que serão discutidos no item subsequente.

5.3 ELEMENTOS QUE FACILITAM A ADESÃO AO PRESERVATIVO FEMININO

Um dos aspectos mencionados nas narrativas de seis informantes como ponto positivo associado a esse método foi a segurança que ele oferece no sentido de possuir menor risco de rompimento quando comparado ao látex do preservativo masculino. Considerando que cinco entrevistadas relataram situações de quase “pânico” vivenciadas por elas, quando houve rompimento do preservativo masculino. Nos relatos sobre situações como essa, a preocupação com a gravidez indesejada e/ou não planejada transparece nas narrativas como o fator de maior preocupação.

... lá em casa, a gente usa as duas camisinhas, mas eu prefiro a feminina, porque não peca (estoura), como a masculina que você nunca sabe se ela vai pocar, e na vez que isso aconteceu eu fiquei desesperada com medo de engravidar..., ele ficou tranqüilo e disse que não tinha problema nenhum que era pra eu ficar calma... (E8).

...se a pessoa não botar a masculina direito e tirar o ar ela vai estourar, já com a feminina eu não preciso ter essa preocupação de tirar o ar, é só botar no lugar certinho e pronto, não corro perigo de engravidar ou de pegar alguma doença... (E9).

Vale ressaltar que apenas uma das informantes revelou que, logo após o rompimento do preservativo, pensou primeiramente na possibilidade de adquirir alguma IST. Esta é uma questão que vem sendo discutida na literatura por outros autores (SCHNELL et al., 1996; MACALUSO et al., 1999). No tocante à segurança oferecida pelo preservativo feminino, alguns estudos confirmam, ao revelar que há maior resistência do poliuretano - material responsável pela fabricação do preservativo feminino - em relação ao látex, que é utilizado na fabricação do preservativo masculino (BUCHALLA et al., 1996).

Além disso, é tão confiável quanto o preservativo masculino quando se trata de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, ou até mais seguro se usado corretamente, já que é mais resistente e não há risco de vazamentos. Pode ser colocado até oito horas antes da relação sexual e não precisa ser retirado imediatamente depois, como no caso do masculino, trazendo mais comodidade para o casal.

As entrevistadas relataram que o fato de a lubrificação do preservativo feminino ser maior em comparação ao masculino é um aspecto que contribui para adesão a esse método por causar menos incômodo durante a relação sexual. Porém, uma das queixas trazidas por algumas

entrevistadas foi relacionada à lubrificação de determinadas marcas de preservativo masculino, enfatizando que esse é um problema discutido pelos casais e que há situações em que o lubrificante do masculino causa irritação no órgão genital. Ao referirem-se ao feminino, elogiam a lubrificação dele, acrescentando que esse é um dos argumentos utilizados por elas para sensibilizar os parceiros que apresentam resistência inicial ao feminino.

... a lubrificação é tão boa que me sinto molhadinha durante a relação toda e não vejo ele reclamar também ... (E7).

... se a gente não tiver cuidado na hora de botar a feminina, a gente fica toda lambuzada naquele óleo (lubrificante), escorrega mesmo...; a masculina não é tão lambuzada assim, não... (E6).

O prazer proporcionado pelo preservativo feminino é referido pelas entrevistadas como um elemento que facilita a adesão ao uso. Quatro informantes revelaram sua preferência por esse preservativo, se comparado ao masculino. A justificativa da preferência pela feminina foi associada ao conforto que esse método possibilita, especialmente aos parceiros das entrevistadas, devido ao fato de o feminino não provocar determinados incômodos como os causados pelo masculino: apertar o órgão genital, diminuir a sensibilidade do contato na hora da relação sexual, provocar irritações no órgão genital, dentre outros.

... meu marido nunca quis usar a camisinha masculina dizendo que apertava o pinto, que dava coceira, que ele ficava todo empolado, inventava um bocado de desculpas... até que apareceu a camisinha feminina e, graças a Deus, a gente experimentou e gostou... o problema tá no preço, é muito cara e no posto só dá duas por semana, não dá pra nada... (E6).

... se não fosse a camisinha feminina, eu tava perdida e passada recibo, porque meu namorado não gosta muito de usar a masculina, a gente usava no começo do namoro, depois relaxou e a gente usava uma vez ou outra... como eu pego a feminina no posto e ele gosta, porque sou eu que tenho que usar, aí ele aceita na maior... (E9).

As narrativas mencionadas anteriormente reforçam o lugar ocupado pelo preservativo feminino enquanto opção alternativa ao masculino, principalmente em situações de resistência do parceiro ao uso do masculino. Foi evidenciado no discurso das entrevistadas que, mediante a recusa dos parceiros em utilizar o preservativo masculino, elas oferecem o feminino como opção alternativa. As narrativas que ilustram essa recusa aparecem associadas ao incômodo ou desconforto causado pelo preservativo masculino, contribuindo para a sensibilização do parceiro e conseqüente adesão ao seu uso. As entrevistadas revelaram ainda que aproveitavam os motivos alegados por seus companheiros para não usarem o masculino - apertava, tirava a sensibilidade, interrompia o ato sexual, etc. - para iniciar esse processo de negociação do uso, discutindo esses argumentos, comparando-os com o preservativo feminino, enfatizando suas

vantagens - maior lubrificação, maior segurança, possibilidade de colocação antes do ato sexual, dentre outras.

...ele dizia que não gostava de usar a masculina porque apertava o pinto, aí quando eu conheci a feminina, eu disse a ele que essa não ia apertar nem ele nem eu..., foi assim que ele começou a usar a feminina comigo... (E7).

...como a masculina já tinha estourado umas duas vezes, eu falava com ele que a feminina não tinha como estourar... No começo, ele ainda ficava botando defeito, mas depois foi vendo que esse perigo de estourar ela não tinha...(E6).

...a primeira vez que eu botei, antes dele chegar, ele tomou um susto quando viu, mas eu disse que eu já tava pronta pra transar e não ia precisar a gente parar pra ele botar a camisinha... aí ele gostou da idéia..., ter que parar pra botar a camisinha dele era horrível porque cortava o clima...(E9).

As informações complementares desse estudo ilustradas pelas narrativas acima reafirmam os achados do estudo referência realizado por Telles (2002), onde o preservativo feminino figura como alternativa de sexo mais seguro, especialmente em situações onde os companheiros das mulheres alegam ter dificuldades com o uso do preservativo masculino. Com o surgimento do feminino, foi possível aumentar o número de relações protegidas, apesar de as mulheres revelarem que as práticas desprotegidas ocorrem ocasionalmente. Nesse sentido, o preservativo feminino pode ser considerado um elemento que contribuiu para tornar concreto e/ou aumentar as opções de negociação das mulheres em relação ao uso de métodos de prevenção junto aos seus respectivos companheiros.

... como a gente já usava o masculino, não tive tanto problema para convencer ele a experimentar o feminino; no começo, ele estranhou e eu também, depois foi indo, e agora a gente usa um ou outro, geralmente a gente tem mais em casa o masculino... mas não tem briga, não, tanto faz, contanto que dê pra se prevenir..., eu não posso é ficar enchendo a casa de filho...(E3).

Apesar de a literatura sobre o uso do preservativo feminino evidenciar como vantagem desse método o exercício da autonomia das mulheres no relacionamento (TELLES, 2002; KALCKMAN et al., 1997), os dados produzidos pelo presente estudo não apontaram que o fato de a colocação do preservativo feminino não depender tanto da participação e colaboração dos parceiros como um fator significativo para a maior utilização do preservativo. Elas evidenciaram, pelas narrativas, situações que sinalizavam o exercício de uma autonomia relativa, a exemplo de o parceiro insistir em não utilizar nenhum método de prevenção, onde as entrevistadas terminam concordando em realizar práticas sexuais desprotegidas. Em situações como essa, Ávila & Barbosa (1985) argumentam que o desejo de não usar nenhum método pode ser de ambos, configurando a complexidade da negociação

sexual de práticas protegidas. Além de evidenciar que as razões para não-uso devem ser bem analisadas.

Por outro lado, as entrevistadas, ao informarem aos parceiros que desejam utilizar o método de prevenção delas - referindo-se ao preservativo feminino -, estão exercitando a autonomia no relacionamento. A informante que referiu que colocava o preservativo feminino antes mesmo de o parceiro chegar em casa, mesmo correndo o risco de ele chegar alcoolizado, descobrir que ela já havia colocado o preservativo e recusar-se a utilizá-lo, expressa o exercício da autonomia dessa mulher. Essa situação ilustra a assertiva de que a autonomia relacionada ao preservativo feminino é, no entanto, relativa, pois não elimina a necessidade de negociação do uso⁴³.

No contexto da epidemia de Aids, a discussão sobre a existência ou não dessa autonomia das mulheres no relacionamento aparece associada a outras questões⁴⁴ que possibilitam a sua compreensão, como as relações de poder, as desigualdades nas relações de gênero, a noção de empowerment⁴⁵, enquanto elementos que podem influenciar o contexto de vulnerabilidade feminina (BARBOSA & PARKER, 1999). Se, por um lado, a literatura reforça essa conquista da autonomia feminina associada à existência do preservativo feminino, por representar a conquista de uma liberdade de escolha que antes elas não possuíam, já que dependiam, em parte, da decisão do homem para exercer práticas seguras. Por outro lado, neste estudo, as narrativas dão pistas de que a consciência de risco superficial das entrevistadas, aliada à falta de poder de decisão delas no relacionamento, pode justificar o exercício de uma autonomia relativa por parte delas.

Por fim, outro fator evidenciado nas narrativas como importante para a adesão ao uso do preservativo feminino, diz respeito à qualidade da relação estabelecida entre os profissionais de saúde e as usuárias, bem como à qualidade do aconselhamento e orientação sobre o uso e as dificuldades que podem surgir nas primeiras tentativas de uso. O espaço de interlocução proporcionado pelos agentes do PRD, aliado ao contato diário com os usuários de drogas, parece ter contribuído bastante para a sensibilização e familiarização das entrevistadas e de seus companheiros com relação ao uso do preservativo feminino.

⁴³ A negociação do preservativo é uma questão fundamental que será aprofundada posteriormente.

⁴⁴ Tais questões serão aprofundadas no último item desse capítulo.

⁴⁵ O modelo de vulnerabilidade apresentado por Mann et al.(1999) insere na discussão desse tema a noção de "empowerment", enquanto a idéia de uma melhor capacidade de comunicação e maior acesso à informação, como requisitos fundamentais para o desenvolvimento de habilidades para a negociação sexual.

O fato de o PRD ser o único que disponibiliza gratuitamente o preservativo feminino no bairro de Milagres, ainda assim para uma clientela específica - mulheres usuárias de drogas e companheiras de usuários de drogas -, já o coloca num lugar privilegiado em relação à outros serviços que atendem a população feminina, mas, ao mesmo tempo, atribui uma responsabilidade maior aos seus profissionais, no sentido de realizarem uma intervenção contextualizada socialmente e culturalmente. Isso porque essa influência na atribuição de significados positivos e negativos por parte das mulheres que participam da intervenção passa não apenas pela experiência individual desses sujeitos, mas pela forma de abordagem realizada pelos profissionais durante a intervenção onde as mulheres estabelecem o primeiro contato com esse método e decidem se irão levá-lo para casa para experimentá-lo ou não.

... eu conheci o preservativo feminino com vocês (equipe do PRD) e de cara achei ele horroroso, mas, como meu namorado detesta usar o masculino, eu topei experimentar o feminino e acabei convencendo ele a gostar também... (E8).

... quando G. (agente redutor de danos) me mostrou a primeira vez essa camisinha, tomei um susto e fiquei imaginando como eu ia usar aquela coisa triste, mas ele insistiu tanto para eu levar pra casa e experimentar que acabei gostando... (E7).

Essa discussão sobre a influência da qualidade da oferta dos serviços que realizam intervenções comportamentais que envolvem a distribuição do preservativo, incluindo a forma de abordagem dos profissionais de saúde, vem sendo mantida na literatura como fundamental para a obtenção de melhores índices de aceitabilidade dos métodos considerados de barreira, como é o preservativo feminino (MANE & AGGLETON, 1999; KALICHMAN et al., 2000). Validando essa assertiva está um estudo brasileiro realizado em contextos sociais diversos (BERQUÓ et al, 1999). Ambos enfatizam a importância da qualidade do aconselhamento oferecida pelos serviços envolvidos com esse tipo de intervenção, bem como a postura dos profissionais, que não deve continuar sendo orientada por estereótipos e preconceitos (GOGNA, 1999).

Apesar de o preservativo feminino estar circulando junto à população feminina brasileira há quase dez anos, tendo sido apresentado pelo Ministério da Saúde como uma opção alternativa de proteção para as mulheres, diante de situações em que havia recusa do companheiro em usar o preservativo masculino, a rede simbólica construída em torno dele é contraditória. Diversos estudos mostram que a sua imagem ainda aparece marcada pelos aspectos negativos atribuídos ao mesmo (PAIVA, 2003; BARBOSA, BERQUÓ & KALCKMAN, 1999), sinalizando a importância da discussão sobre essa imagem diante das mulheres que são

convidadas a conhecê-lo, experimentá-lo e, posteriormente, aderir o seu uso. Contudo, a boa aceitação desse método pelas mulheres é bastante referida na literatura.

5.4. ELEMENTOS QUE DIFICULTAM A ADESÃO AO PRESERVATIVO FEMININO

Dentre os fatores negativos mencionados pelas mulheres que dificultam a adesão ao uso do preservativo feminino, foram destacados: a estética pouco atraente; a dificuldade de colocação/manuseio; o barulho provocado durante a penetração; o alto custo; a quantidade insuficiente disponibilizada pelo PRD; além da pouca divulgação sobre esse método. Vale ressaltar que a estética pouco atraente figura entre as narrativas desse estudo como o elemento mais mencionado. Esse achado não difere da literatura (BUCHALA et al., 1996). Apesar da queixa expressa por metáforas - “parece com um coador de café”; “parece um saco de geladinho” -, por parte das mulheres, percebe-se nos discursos da maioria delas uma concordância com a opinião de seus respectivos companheiros, no sentido de eles reforçarem tais críticas sobre essa estética:

... a primeira vez que usei a feminina foi uma vergonha, porque, além da gente não saber usar direito, nem eu nem ele tinha gostado dela, a gente achou horrível, igualzinha a um coador de café..., mas com a prática a gente acabou se acostumando e usa tanto a masculina como a feminina, na maior...; com o tempo, eu acho que todo mundo vai acabar se acostumando a usar a feminina como usa a masculina... (E7).

... eu nunca tinha visto a camisinha feminina antes, aí tomei aquele susto quando fui no posto pegar a masculina e me apresentaram a feminina... de cara eu achei podre, mas M. (ARD) disse para eu levar e experimentar sem compromisso...; depois ouvi várias mulheres dizendo lá no posto a M. (ARD) que tava se dando bem, aí resolvi tentar de novo e deu certo... (E6).

... êta bichinha feia, parece um coador de café mesmo ou um saco de geladinho... no primeiro dia que eu usei, até eu mesmo fiz gozação porque achei um negócio tão estranho, mas depois acostumei... e eu que sou esterilizada, tenho que usar alguma coisa mesmo para me prevenir das DST... além do mais, a masculina não é essas beleza toda também não... (E8).

Para algumas mulheres, a estética pouco atraente do preservativo feminino é algo que causa um impacto no momento da relação sexual. Elas o consideram como uma barreira propriamente dita, que dificulta o andamento natural da relação sexual. Essa estética exerce influência no comportamento de seus companheiros deserrotizando o encontro e diminuindo o desejo sexual durante o momento do ato sexual em si. Esse achado não foi encontrado na literatura exatamente dessa maneira, na qual há uma crítica sobre a estética (MAGALHÃES, 2001; TELLES, 2002), mas não necessariamente associada ao fato de representar uma barreira que atrapalha a relação sexual causando algum tipo de impacto no parceiro.

...ele fazia gozação com a minha cara quando via que eu já tinha botado o preservativo feminino... No começo, eu ficava sem graça, depois passei a fazer gozação dele também, quando ele botava a masculina...; agora, ele já acostumou e não me perturba mais... (E6).

... o jeito dele muda quando eu boto a camisinha feminina... parece que perde a graça... eu não vejo ele ficar muito animado assim... mostrando interesse assim na hora do sexo mesmo... se eu não tiver botado a camisinha ele fica todo empolgado... (E9).

Algumas mulheres revelaram utilizar a criatividade para pensar estratégias visando erotizar o uso do preservativo feminino e, assim, sensibilizar o parceiro:

... comprei uma camisola nova para estrear a camisinha feminina e ele não entendeu bem a minha idéia, a gente quebrou o maior pau e terminou o namoro... mas com o outro namorado funcionou, porque ele gostou da surpresa e pediu para eu repetir a dose outras vezes, sempre que uso a feminina invento alguma coisa diferente para ele ficar com mais tesão e usar a feminina sem reclamar... (E9).

O estímulo do parceiro para colocar o preservativo feminino na mulher, no momento da relação sexual, foi referido como uma das estratégias que elas têm utilizado para erotizar esse uso. Uma delas revelou que descobriu essa forma de prazer ocasionalmente, pois era ela que sempre colocava em si própria o preservativo feminino, até que um dia decidiu pedir ao parceiro para colocar e ficou surpresa com o resultado positivo dessa experiência, que foi adotada pelo casal como uma das formas de prazer durante a relação sexual. Segundo essa informante, a colocação do preservativo feminino possibilita ao parceiro realizar carícias íntimas que não eram exploradas durante o ato sexual quando ela própria colocava esse preservativo.

... eu não podia imaginar que se ele fosse botar a camisinha em mim ia ser diferente; pra mim, tanto fazia, só que, na hora que ele foi botar, ele deu uma incrementada fazendo uns carinhos que eu não estava acostumada e foi aquela farrá..., daí em diante não perdi mais a chance de pedir a ele pra botar a camisinha em mim... (E7).

... antes, ele não sabia colocar a camisinha em mim; depois que eu ensinei, ficou bem melhor, já vai me dando o maior fogo quando ele vai botando a camisinha em mim...; quando era eu que botava, não tinha a menor graça... agora é massa... (E9).

Essa é uma estratégia que merece ser divulgada junto às mulheres em geral, pois pode contribuir para aumentar a adesão a esse método ou pelo menos diminuir as críticas sobre a sua estética considerada deserotizante. Se, por um lado, elas argumentam que a colocação do preservativo feminino pelo parceiro pode ser uma estratégia de erotização do seu uso, por outro, elas se queixam da dificuldade enfrentada pelo casal para manusear e colocar adequadamente esse preservativo. Essa queixa é apresentada pelas mulheres como um problema que contribui para a não-adesão a esse método por parte delas e dos companheiros.

... eu quase desisti de usar a feminina porque ele ficava nervoso, me dando pressa para eu botar logo a camisinha..., no começo eu não tinha muito jeito; também depois é que fui aprendendo mais... aí dava aquela agonia e tinha dia que a gente desistia e acabava usando a dele... (E6).

As mulheres afirmam que inicialmente o manuseio do preservativo feminino exige de ambos maior cuidado e atenção, se comparado à colocação do preservativo masculino, que se ajusta totalmente ao órgão genital masculino e sua utilização é facilmente visível. Diferentemente do feminino, que a colocação é interna e sua acomodação não fica totalmente visível. Acrescentam ainda que enfrentam dificuldades para tocar o próprio corpo por não estarem habituadas a exercitar essa prática. Além de que alguns parceiros não demonstram interesse em aprender a manusear o preservativo feminino. Porém revelam que é uma situação que pode ser superada ao longo do tempo, à medida que o casal tenha interesse em aprender a usá-lo.

...foi horrível usar, porque ela entrou toda e deu trabalho para tirar... levei um tempo sem querer nem olhar para essa camisinha..., depois que a gente foi tentando de novo acabou aprendendo a botar direito..., agora é só alegria... (E6).

Outro dado revelado neste estudo com relação à dificuldade de colocação do preservativo feminino aparece associado ao pouco conhecimento desse método em comparação ao preservativo masculino. O estudo realizado por Berquó (1999) confirma esse dado, enfatizando a flexão do aro interno como principal dificuldade revelada pelas mulheres. No presente estudo, as entrevistadas revelaram que não apenas seus parceiros, bem como elas próprias, estão mais habituados a manusear o preservativo masculino em relação ao feminino, daí a dificuldade inicial de manuseá-lo. Elas acrescentam que os parceiros expressam resistência ao feminino e optam por usar algo que eles já conhecem e conseqüentemente possuem maior domínio no manuseio.

... mas eu tô mais acostumada é com a masculina, não vou mentir... essa feminina dá mais trabalho pra gente botar (E6).

O estudo utilizado realizado por Telles (2002) confirma a assertiva mencionada anteriormente, enfatizando a necessidade de maior divulgação do método com ênfase para a colocação adequada, como forma de ampliar o conhecimento das mulheres sobre o mesmo, facilitando a sua adesão. Todas as informantes do presente estudo, inclusive a que não aderiu ao uso, revelaram a falta de divulgação desse método como algo que dificulta a sua adesão. Foi unânime a crítica feita por elas ao compararem a divulgação do feminino com a do masculino, acrescentando que no serviço de saúde nunca foi colocado nenhum cartaz sobre existência e a importância do preservativo feminino.

... onde foi que você já viu alguma propaganda, algum cartaz sobre a camisinha feminina, me diga? Pois eu nunca vi. As mulheres de lá da rua mesmo não conheciam, eu é que mostrei o que M. (ARD) me deu no posto..., senão elas não iam conhecer nunca... (E2).

... como é que você quer que o povo use se o povo não conhece? Quando eu levei na casa de minha mãe, foi um choque, ninguém conhecia, e meus irmãos tudo ficou fazendo gozação dizendo que parecia um saco de geladinho... tem que ter mais propaganda igual a camisinha masculina... (E7).

O barulho causado durante o movimento da penetração com o uso do preservativo feminino foi referido por algumas entrevistadas como fator que dificulta a continuidade do uso. As mulheres revelaram que o barulho causa incômodo e irritação, especialmente àqueles parceiros mais intolerantes a ruídos. Uma das informantes revelou que a estratégia utilizada por ela para solucionar esse problema foi a colocação de música durante o ato sexual, pois o som da música ocultava o barulho feito pelo preservativo feminino. A maior preocupação referida pelas informantes que aderiram ao uso desse método aparece associada ao fato de descobrirem alternativas que solucionem os problemas apresentados pelos parceiros:

... hoje, tô mais acostumada a usar, mas no começo eu nem sabia usar direito, me dava agonia aquela zoadinha (barulho) na hora do sexo...(E8).

... depois de tanta reclamação dele, o jeito foi botar uma musiquinha na hora do rala e rola pra espantar o chak chak (barulho emitido pelo preservativo)..., nunca mais ele reclamou dessa zoada... e eu também não tenho escutado mais, não vou mentir, era uma zoadinha chata mesmo (E7).

... no começo, ele ficou todo atrapalhado e reclamando da zoada que faz na hora do vaivém; agora, quando a gente vai transar, ele me pergunta se eu não vou usar a minha... (E7).

Outro aspecto referido pelas entrevistadas como dificultador da adesão ao uso do preservativo feminino foi a quantidade disponibilizada pelos serviços de saúde. A cota de dois preservativos femininos somados a seis masculinos entregue por semana tem sido considerada insuficiente por essas mulheres, que argumentam que essa quantidade inviabiliza o exercício da prevenção das IST, além de impossibilitar a preferência pelo uso exclusivo do feminino. Ressaltam ainda que essa quantidade disponibilizada limita o número de relações sexuais que o casal possa ter durante uma semana, principalmente nas situações em que o parceiro se recusa a usar o masculino.

...o ruim mesmo é que a quantidade de camisinha feminina que dá no posto é pouca, duas por semana não dá pra nada, e se o cara não quiser mais usar a masculina, como um namorado que eu tive que não gostava de usar nada, experimentei uma vez a feminina e ele curtiu, só que eu não tinha muitas na mão e ela custa caro... naquela noite, só pude transar duas vezes... isso aí da quantidade tá por fora... (E7).

O fato de a quantidade de preservativos disponibilizados, de alguma forma, limitar o número de relações sexuais protegidas do casal estimula uma discussão no tocante à naturalização por parte das entrevistadas sobre o exercício dessa prática de relações protegidas e não protegidas concomitantemente. Essa naturalização parece estar relacionada à percepção de risco relativa expressa nas narrativas, enquanto elemento que justifica o livre exercício de práticas desprotegidas, onde não foi evidenciado um nível de preocupação por parte das entrevistadas que fosse capaz de modificar esse comportamento de naturalização.

O alto custo do preservativo feminino aparece como um dos aspectos que dificulta e/ou impossibilita a maior frequência de utilização desse método, especialmente se for comparado ao custo do preservativo masculino, que é infinitamente menor. Outros estudos corroboram com esse achado complementando que esse pode ser um fator importantíssimo a ser considerado, por influenciar a adesão ao uso por parte das mulheres pertencentes a classes populares que possuem menor poder aquisitivo (TELLES, 2002; MAGALHÃES, 2003).

... se eu tivesse dinheiro para comprar, talvez até eu só usasse a feminina, mas é muito cara, aí a gente usa um dia a masculina e outro dia a feminina, que acaba logo porque a gente só recebe duas... (E1).

Soma-se a esse dado o fato de o custo do preservativo estar relacionado à existência de apenas um fabricante no mundo todo, o que contribui para o custo permanecer alto e a capacidade de fornecimento gratuito desse método por parte dos serviços de saúde permanecer limitada, não sendo capaz de atender a toda a demanda. Vale ressaltar que, no Brasil, o preservativo feminino é mais vendido nas regiões Sul e Sudeste, onde as pessoas têm maior poder aquisitivo. O perfil das consumidoras é de mulheres de classe social mais elevada e com idade acima de 25 anos.

De acordo com a recomendação dos serviços de saúde que disponibilizam esse método de prevenção, cada preservativo feminino deve ser utilizado apenas uma vez a cada relação sexual, o que dificulta a adesão ao seu uso para as mulheres das classes populares que desejarem comprar esse preservativo. Na África, por exemplo, os pesquisadores procuram descobrir se é seguro lavar e reutilizar o preservativo, na tentativa de solucionar o problema do alto custo.

Para as mulheres que referiram o incômodo causado pelo uso do preservativo feminino, enquanto elemento que dificulta a adesão ao método, a justificativa foi a preocupação com a acomodação do preservativo internamente. Além do receio de o preservativo sair da posição

correta na hora da penetração, correndo o risco de entrar totalmente no órgão genital feminino. As entrevistadas informaram que essas queixas são compartilhadas com alguns parceiros, os quais acrescentam o incômodo causado pelo aro interno desse preservativo, argumentando que, durante a penetração, fica tocando a cabeça do pênis, machucando-a.

... eu tava na maior animação e ele também, quando, de repente, a gente se deu conta que a camisinha tinha entrado toda dentro de mim..., primeiro fiquei azoada, mas depois ele disse: - lembra do dia que a minha ficou dentro de você e a gente nem percebeu logo na hora? Ai depois ele me perguntou se eu queria que ele tirasse ou eu mesmo tirava... meti o dedão e tirei... passamos um tempo sem usar a feminina, mas depois usamos novamente e não teve esse problema... (E9).

... quando vi que a camisinha sumiu, fiquei doida e ele na maior: quando eu disse que o pior ia ser eu engravidar, na mesma hora ele começou a me ajudar a procurar na cama, até que percebi que tava dentro de mim, aí pedi a ele para tirar... desse dia em diante a gente ficou com o maior cuidado na hora de usar... (E7).

Aliado a esse incômodo, duas mulheres relataram que os parceiros referem sentir desprazer no uso do preservativo feminino, optando portanto, pelo uso do masculino. Elas acrescentaram que mesmo tendo preferência pelo feminino, muitas vezes são obrigadas a abrirem mão do uso desse preservativo, por causa dos parceiros que evidenciaram sentir maior prazer utilizando o masculino. Mais uma vez o parceiro decide sobre o uso do método de prevenção de acordo com a sua preferência.

Apesar de as narrativas apresentadas ilustrarem os diversos elementos que dificultam a adesão ao uso do preservativo feminino, os resultados deste estudo evidenciam que as mulheres conseguem com a utilização de estratégias reverter a opinião dos seus parceiros. A resistência inicial por parte deles, pode estar associada à falta de hábito de uso, se comparado ao preservativo masculino.

5.4.1. A dificuldade de negociação do uso com os parceiros

O contexto de negociação do uso do preservativo feminino é um elemento essencial para o entendimento da complexidade que envolve o tema central deste estudo. Concordando com essa assertiva, Barbosa (1999) argumenta que a idéia de negociação no âmbito da sexualidade não é nova. A autora identifica, no entanto, que houve uma transformação semântica no termo; se antes era algo que se processava apenas no âmbito da prostituição, ela ganha um novo sentido com o advento da Aids, ou seja, um valor de preservação da saúde.

Muitas questões devem ser consideradas na discussão da negociação do uso do preservativo, tais como a existência ou não de diálogo entre o casal, o tipo e/ou duração do relacionamento

(estável, não estável), a influência das relações de gênero nesse relacionamento e a percepção de risco de infecção por HIV por parte do casal. Diversos estudos mostram que a decisão pelo uso do método de prevenção não se inicia e/ou encerra-se no momento de realização do ato sexual em si, entretanto há todo um contexto sexual de negociação permeado por complexidades que merece ser discutido e compreendido (PAIVA, 2000).

No presente estudo, as entrevistadas que revelaram enfrentar dificuldades para negociar o uso do preservativo feminino afirmaram que exercitar o controle desse novo método de prevenção não é algo tão simples, especialmente em relacionamentos onde não existe diálogo entre o casal. Quatro informantes revelaram a dificuldade para iniciar qualquer tipo de conversa com seus respectivos companheiros relacionadas ao tema sexualidade. Acrescentando ainda que a apresentação do preservativo feminino a eles exigiu a adoção de estratégias que pudessem facilitar a boa receptividade desse novo método de prevenção por parte deles.

... como é que vou falar de camisinha se a gente não fala sobre sexo assim, essas coisas íntimas... nunca a gente conversou sobre essas coisas e eu fico com medo de falar porque não sei qual vai ser a reação dele.... (E1).

... pra eu falar da camisinha, eu dei uma volta danada falando de outras coisas, falei da Aids, da mãe que pode passar pro filho, até ver que dava pra falar da camisinha... fiquei besta que ele prestou atenção na conversa e topou experimentar a camisinha... (E6).

Uma das estratégias referidas e que parece não ter ressonância foi a apresentação do método para seus companheiros utilizando a mesma fala do ARD ao ter apresentado o método para elas, ou seja, como uma opção alternativa diante das dificuldades de uso associadas ao preservativo masculino. O fato de elas não possuírem segurança com relação aos argumentos apresentados para sensibilizar seus parceiros, as tentativas de sensibilização nem sempre são concretizadas.

De acordo com as narrativas deste estudo, o contexto de negociação do uso de métodos de prevenção nos relacionamentos considerados estáveis parece ser muito mais complexo que nos relacionamentos ocasionais. O argumento utilizado nos dois tipos de relacionamento foi prioritariamente o da gravidez, o diferencial está na forma de negociação desse uso. No relacionamento estável, a negociação é pautada em questões mais concretas relacionadas ao número de filhos que o casal já tenha, a permanência ou não do companheiro na mesma residência, dentre outras questões. Enquanto nos relacionamentos ocasionais parece não haver maiores preocupações com as justificativas para o uso, devido à instabilidade do

relacionamento, como se essa última por si só legitimasse a necessidade de uso de algum método.

A menção à prevenção das IST é um tema delicado no diálogo do casal. As mulheres acrescentam que a sensibilização pautada na prevenção das IST as remete para discussões que envolvem o campo da intersubjetividade, obrigando-as a falar sobre atitudes e comportamentos extra-relacionamento, fidelidade e infidelidade, respeito ao outro, onde elas não se sentem tão seguras para sustentar tais discussões.

Esses dados estimulam uma discussão sobre o lugar que a prevenção das IST/Aids ocupa na hierarquia de valores dessas mulheres. A sua principal preocupação é acomodar as discussões para evitar conflitos com o parceiro, especialmente aqueles que pudessem resultar em afastamento do casal. Essa posição assumida pelas entrevistadas evidencia que a proteção do seu relacionamento sobrepõe-se à responsabilidade com a sua própria proteção, que fica relegada a segundo plano.

Diante do imperativo de acomodar os conflitos decorrentes da sensibilização do parceiro relacionada à prevenção das IST, uma das estratégias mais utilizadas por elas foi a de informar aos seus parceiros que estavam no período fértil e que não estavam tomando pílula anticoncepcional.

... era só falar a ele que eu tava no período fértil e que não tinha minha pílula no posto, ele ficava com medo que eu engravidasse e aí aceitava usar a camisinha na mesma hora, sem reclamar..., na outra semana ele dizia: "Agora não corre mais risco não, né?", só pra não continuar usando camisinha... (E8).

... ele não se preocupava com nada, nem com a Aids, então eu sempre arranjava um jeitinho de me proteger apelando para a gravidez..., dizia a ele que a gente não podia ter mais filho porque não ia ter condições de sustentar, aí acabava convencendo ele que era preciso a gente se proteger para não ter mais filhos... como uma coisa puxa a outra, essa era a forma que eu tinha de me proteger da Aids sem brigar com ele... (E9).

De acordo com a última narrativa, é possível identificar sinais de preocupação da informante com a prevenção das IST/Aids. Entretanto, essa parece não ser uma estratégia que coloque o relacionamento em risco, tendo em vista o medo de mencionado por algumas informantes em revelar a dificuldade de sensibilização do parceiro com base nesse argumento. Nesse sentido, Guimarães (1995) argumenta que a falta de percepção de risco por parte das mulheres de

classes populares está associada à forma como elas constroem sua identidade. As raízes dessa identidade estão situadas num sistema de representações cujo maior valor é o da família e da casa. Daí a dificuldade de reconhecimento do risco dentro desse âmbito privado, o que implicaria perda de sua identidade social.

Outra estratégia revelada pelas mulheres para sensibilizar seus companheiros a aderirem ao uso do preservativo feminino, considerada delicada porque remete à discussão sobre questões que geralmente causam conflitos, foi a divulgação do aumento do número de casos de IST/Aids, principalmente se elas estiverem fazendo uso de outro método contraceptivo. Duas delas informaram que, mesmo sabendo da resistência deles à prevenção das IST, por não gostarem de usar o masculino, elas não queriam correr risco e tentaram até que os convenceram a usar o feminino. Nessas duas situações, a estratégia adotada foi insistir no mesmo assunto até convencê-los.

... dizer que a camisinha feminina é massa, nem pensar, ela é muito feia mesmo, mas tem que pensar assim, que ela me previne das doenças e da gravidez... foi assim que convenci meu namorado a experimentar a primeira vez..., enchi o saco dele até ele aceitar usar. (E2).

Uma das entrevistadas revelou a dificuldade de negociar o uso do preservativo feminino com seu parceiro quando ele está sob o efeito de álcool, pois ele se transforma numa pessoa agressiva, dificultando o estabelecimento de qualquer tipo de diálogo. Acrescentou que, em momentos como esse, ela evitava o conflito, pois qualquer tipo de conversa gerava violência. Uma estratégia utilizada por ela era colocar o preservativo feminino antes de ele chegar, porém informou que, em alguns momentos, ele não percebia e mantinha relações sem maiores conflitos; mas, quando percebia, ficava irritado, abolindo qualquer tipo de método de prevenção. Esse é outro exemplo de autonomia relativa exercida pela entrevistada, tendo em vista que o parceiro, percebendo, poderia impedir o uso sem que a mulher tivesse poder para impor esse uso.

Para as mulheres, a influência do uso de drogas na negociação do uso do preservativo ocorre por parte do parceiro quando ele está sob efeito de alguma substância, pois eles muitas vezes resistem ao uso de qualquer método. Elas não consideram que o uso de drogas por parte delas interfere na negociação e, sim, no exercício da sexualidade, deixando-as mais liberais. O exercício de determinadas práticas sexuais criticadas moralmente, é realizado com naturalidade, ou seja, sem pudor, quando estão sob efeito de alguma substância, justificando que não se sentem culpadas moralmente por exercitar práticas consideradas prazerosas.

As entrevistadas revelaram que, diante de determinadas situações, não é possível negociar o uso de nenhum método, mesmo sendo o preservativo feminino, que é considerado um método que privilegia o controle do uso pela mulher. Barbosa (1999) argumenta que a dificuldade não está na negociação em si, mas na forma como são estabelecidos a pauta de negociação e o lugar que a negociação ocupa nessa pauta, especialmente por envolver questões relacionadas às desigualdades nas relações de gênero.

... se, na última vez que a gente transou, teve algum problema na hora de usar a feminina e atrapalhou a relação, eu já sei que dá próxima vez eu nem vou poder falar de usar a feminina, porque ele não vai aceitar... (E9).

... às vezes, a gente pensa que ele já tá convencido de usar a feminina sem problemas, mas aí, na hora H, ele chega dizendo que não quer usar a feminina de jeito nenhum, o que é que eu vou fazer? Primeiro, tento fazer ele mudar de idéia; se eu não conseguir, a gente não deixa de transar por isso... (E8).

... me diga uma coisa, eu já tive três maridos e agora tô caminhando para o quarto, você acha mesmo que eu vou ficar brigando com ele pra usar a feminina se ele diz que prefere a masculina e fala que o preço é menor e tudo... eu uso a que eu tenho na hora e procuro evitar confusão com ele, porque senão quem vai dançar e passar a noite chupando dedo sou eu... (E9).

Entre as principais situações e justificativas para o não-uso do preservativo feminino, a mais comum é quando o parceiro passa a ser confiável, ou seja, o relacionamento ganha a conotação de estável. Nessas situações, as entrevistadas casadas e mesmo as que referiram parceiro fixo expressaram a dificuldade de negociação do uso dos dois tipos de preservativo. Segundo Barbosa (1999), trazer a negociação do preservativo para o interior do relacionamento considerado estável pode colocar toda a relação em questão, situação que o casal muitas vezes prefere evitar. Discutir a questão da proteção associada à negociação implica discutir o “risco” que o outro pode representar.

... quando ele diz que eu sou a mulher da vida dele e que confia em mim até de olho fechado e por isso não precisamos usar a camisinha, eu fico toda cheia e acabo abrindo mão de usar..., no outro dia é que eu penso na besteira que fiz, mas aí já era... (E9).

... não tem essa mulher que resista na hora que ele diz: “neguinha, você é a minha federal e não tem pra mais ninguém, eu só confio em transar sem camisinha com você” ..., quando ele fala isso você já tá doadona pra fazer sexo e cai matando sem se preocupar com nada..., depois você pode até se arrepender, mas aí já foi... (E7).

A limitação de argumentos para negociação, por estarem vinculados prioritariamente à prevenção de doenças e da gravidez, dificulta a discussão do uso do preservativo. A repercussão causada por esses dois argumentos no relacionamento termina reforçando o “risco” que o outro possa representar. Porém, apesar das dificuldades enfrentadas pelas

mulheres para sensibilizar seus parceiros a aderir ao uso do preservativo feminino, os argumentos apresentados por eles não parecem intransponíveis.

As diversas estratégias criadas por elas para superar tais dificuldades mostram que é possível transformar as resistências iniciais dos parceiros em possibilidade concreta de uso desse método de prevenção. A disponibilização consistente do método pela UBS pode contribuir para aumentar o uso desse preservativo no bairro de Milagres, bem como o envolvimento dos profissionais de saúde dessa unidade com a população de usuários (as) de drogas atendidos na unidade pode melhorar, facilitando o acesso desse segmento não apenas à unidade, mas aos mecanismos de prevenção.

CAPÍTULO VI – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presença do preservativo feminino no cenário da prevenção ao HIV/Aids, no Brasil e no mundo, representa um importante avanço no campo da saúde, por configurar uma possibilidade concreta de controle da disseminação da epidemia de Aids na população feminina. Os esforços empreendidos por esse e outros estudos, no sentido de contemplar os desafios teóricos metodológicos que envolvem essa temática, têm sinalizado a necessidade de investimento na ampla divulgação desse método de prevenção junto às mulheres, especialmente aquelas pertencentes às classes populares, bem como a grupos marginalizados socialmente, como as usuárias de drogas.

Apesar do preservativo feminino estar disponível no Brasil, há quase dez anos, sua disponibilização pode ser considerada uma atividade ainda recente e até certo ponto restrita, se comparada ao preservativo masculino. Por outro lado, os dados produzidos por este estudo evidenciam que o fato de as entrevistadas permanecerem utilizando esse método, desde o seu cadastramento no PRD, há mais de dois anos, confirma a boa aceitação do método. Nesse sentido, esses dados corroboram com outros estudos que explicitam a boa receptividade do preservativo feminino pelas mulheres (TELLES, 2002; MAGALHÃES, 2001).

De acordo com a análise dos discursos produzidos pelas mulheres sobre o exercício da sua sexualidade, foi observada a influência das desigualdades nas relações de gênero, especialmente no contexto de negociação do uso de métodos de prevenção. O poder exercido pelo parceiro no relacionamento é enfrentado por algumas mulheres através de estratégias que sinalizam a resistência delas a essa postura dos parceiros. Uma das estratégias é a colocação do preservativo feminino antes de iniciar a relação sexual, muitas vezes sem o parceiro ter percebido. Por outro lado, algumas mulheres terminam assumindo uma posição de submissão no relacionamento, por se encontrarem em condição de dependência financeira dos parceiros. Diante de situações como essa última, a ocorrência de práticas sexuais desprotegidas passa a ser incorporada no relacionamento como algo “natural”, devido à dificuldade de negociação frente a resistência ao uso do preservativo.

No tocante à forma como as mulheres lidam com a percepção do risco de adquirir o HIV/Aids, foi observada a necessidade de maior contextualização dessa percepção, tendo em vista que a preocupação com o HIV/Aids é considerada secundária por boa parte delas. Além

da influência exercida pelo relacionamento estável na forma como as mulheres expressam a sua percepção de risco. Nas relações estáveis, o risco parece estar distante do casal, dificultando assim a negociação do uso de preservativo, especialmente se o argumento utilizado for a prevenção da gravidez. Já nas relações eventuais, o risco se faz presente até o casal atribuir ao relacionamento características de uma relação estável, pois quando isso acontece parece desaparecer a necessidade do uso de métodos de prevenção.

A análise das narrativas nos permitiu observar a existência de uma consciência do risco de adquirir uma IST/Aids, ainda que a opção de boa parte dessas mulheres pelo uso do preservativo feminino tenha sido prioritariamente voltada para a prevenção da gravidez. Contudo, algumas delas já sinalizaram uma mudança nessa priorização ao explicitar sua preocupação com a prevenção das IST/Aids. A boa aceitação do preservativo feminino foi observada especialmente pelas mulheres que enfrentaram resistência do parceiro ao uso do preservativo masculino. Nessas situações, o preservativo feminino figura como uma alternativa de prevenção, garantindo o exercício de práticas sexuais protegidas.

O desvendamento dos significados e práticas associados ao uso desse método de prevenção revelado nos discursos permitiu compreender que a rede simbólica formada em torno desse método é constituída por aspectos positivos e negativos. A prevenção da gravidez, a segurança, a prevenção de IST⁴⁶ e o maior prazer proporcionado por esse método, quando comparado ao preservativo masculino, foram considerados aspectos positivos que têm facilitado a adesão ao uso do preservativo feminino. Enquanto a estética pouco atraente, o barulho causado durante a relação, a dificuldade de colocação/manuseio, o alto custo e a dificuldade de acesso a esse preservativo foram considerados aspectos negativos que têm dificultado a sua adesão. Entretanto, estes últimos não foram considerados pelas mulheres obstáculos intransponíveis.

O prazer proporcionado pelo uso do preservativo feminino referido nos discursos de algumas mulheres configurou-se como uma justificativa importante para a boa aceitação desse método entre elas. Cabe ressaltar que essa é uma das críticas emitidas pelas mulheres ao compararem o preservativo feminino ao masculino, onde enfatizam o prazer proporcionado pelo feminino, que é compartilhado pelos parceiros que resistem a usar o masculino por não proporcionar esse prazer.

⁴⁶ Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST

A análise das narrativas permitiu identificar a influência do uso de drogas no comportamento sexual das mulheres, no sentido de possibilitar maior liberação sexual, deixando-as livres para exercitar práticas sexuais não convencionais. Já para seus parceiros, essa influência amplia-se para o contexto de uso do preservativo assumindo duplo significado. Ao mesmo tempo em que pode facilitar esse uso, em situações onde o parceiro fica mais relaxado e aceita facilmente os argumentos apresentados para utilização do preservativo. Em outros momentos, dependendo da substância que foi utilizada e do contexto desse uso, pode dificultar ou mesmo impedir a utilização do preservativo, especialmente por parte do parceiro que pode apresentar maior resistência ao uso de algum método.

Os dados produzidos por este estudo sugerem a adoção de medidas que poderão contribuir para estimular o aumento da adesão ao uso desse preservativo pelas mulheres usuárias de drogas. Dentre elas, encontra-se a capacitação contextualizada, ou seja, culturalmente sensível, dos profissionais envolvidos diretamente com essa estratégia de prevenção. A capacitação deve ir além do repasse de informações sobre o uso correto do método, priorizando a contextualização dos aspectos que podem facilitar ou dificultar a adesão ao seu uso. Além de contemplar aspectos relacionados ao contexto sociocultural em que está inserido o público-alvo para o qual são direcionadas as estratégias de prevenção ao HIV/Aids.

A articulação entre os serviços que disponibilizam o preservativo feminino parece ser fundamental no sentido de garantir à população alcançada um atendimento de melhor qualidade, bem como promover maior interação entre os profissionais desses serviços e o público atendido por eles. O distanciamento existente entre os profissionais da unidade de Milagres e os que integram a equipe do PRD foi observado como algo que tem influenciado na adesão das mulheres ao preservativo feminino, tendo em vista que a clientela atendida na unidade é alcançada pelos dois grupos de profissionais. Entretanto, o atendimento realizado por ambos é diferenciado.

A articulação das dimensões abordadas ao longo dessa dissertação contribuiu para sinalizar a importância das intervenções voltadas para a prevenção das IST/Aids, subsidiarem suas ações a partir da perspectiva sociocultural. Isso implica relacionar as medidas a serem implementadas não apenas ao contexto sociocultural, em que estão inseridos os sujeitos a serem alcançados, bem como às suas experiências individuais e coletivas. Possibilitando assim o conhecimento do conjunto de valores e crenças desses sujeitos, assim como dos significados por eles atribuídos às suas vivências.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANDRADE, T. M. **Condições psicossociais e exposição ao risco de infecção pelo HIV entre usuários de drogas injetáveis, em uma comunidade marginalizada de Salvador-Bahia.** Tese (Doutorado) Universidade Federal da Bahia, 161 p. , Salvador, 1996.
2. ANDRADE, T.M. A pessoa do usuário de drogas intravenosas. In: MESQUITA, F. & BASTOS, FI (orgs). **Drogas e AIDS - estratégias de redução de danos.** Ed, HUCITEC, 1995. Coleção Saúde em Debate, 75.
3. ÁVILA, M. B. & BARBOSA, R. M. . (1985). **Contracepção: Mulheres e Instituições.** Recife, SOS Corpo, mimeo.
4. AYRES, J. R. C. M. ; JÚNIOR, I. F. ; CALAZANS, G. J. AIDS, Vulnerabilidade e Prevenção. In: **Seminário de Saúde Reprodutiva em Tempos de Aids.** 1997, Rio de Janeiro. Anais. São Paulo: ABIA, p. 20-37, 1997.
5. AYRES, J. R.; FRANÇA J.R.C.M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia, D.; Freitas, C.M. (orgs). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003, p.117-139.
6. AYRES, J. R.; FRANÇA JR,I.; CALAZANS, G & SALLETI FILHO, Haroldo. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: BARBOSA, R.M. & PARKER, R. (orgs). **Sexualidade pelo avesso: direitos, identidade e poder.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Editora34, 1999, pp. 49-72.
7. AYRES, J.R.C.M.; **Sobre o Risco: Para compreender a Epidemiologia.** São Paulo: Hucitec, 1997.
8. BARATTA, A. Fundamentos ideológicos da atual política criminal sobre drogas. In: GONÇALVES, O. D. ; BASTOS, F. I. , (orgs.). **Só Socialmente.** Rio de Janeiro, Relume-Dumará, Cap. 1, 1992a, p. 35-50.
9. BARBOSA, R. M. Negociação sexual ou sexo negociado? Poder, gênero e sexualidade em tempo de AIDS. In: BARBOSA, R. M. & PARKER, R. (orgs.). **Sexualidades pelo avesso: direitos identidades e poder.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Editora 34, Cap.4, 1999, p. 73-88.

10. BARBOSA, R.M. & VILELA, W. A trajetória feminina da AIDS. In: PARKER, R. & Galvão, J. (orgs). **Quebrando o Silêncio: mulheres e AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS/UERJ, 1996, pp17-32, Coleção História Social da AIDS, nº07.
11. BARBOSA, R. M.; BERQUÓ, E.; KALCKMANN, S. 1999. Aceitabilidade do condom feminino em contextos sociais diversos. **Relatório final de pesquisa**. Ministério da Saúde. Brasília.
12. BASTOS, F.I. Cenas Nubladas: usuárias de drogas injetáveis e a epidemia de AIDS. In: PARKER, R. & GALVÃO, J. (orgs). **Quebrando o Silêncio: mulheres e AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: ABIA: IMS/UERJ, 1996, pp61-78, Coleção História Social da AIDS, nº07.
13. BASTOS, C. Explorações em antropologia dos processos globais: o caso da comunidade científica e a Aids. In: **XVIII Reunião da Sociedade Brasileira de Antropologia**, 1992. Belo Horizonte. (comunicação).
14. BECKER, H. **Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo, Hucitec, 1994.
15. BERGERET, J. & LEBLANC, J. **Toxicomanias: uma visão multidisciplinar**. Trad. Maria Teresa Baptista. Porto alegre: Artes Médicas, 1991.
16. BERQUÓ, E, et al. **Pesquisa sobre Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepção do Risco para o HIV/AIDS**. Centro Brasileiro De Análise do Planejamento (CEBRAP) / Ministério da Saúde. Brasília, 2000.
17. BIBEAU, G. Hay una enfermedad em lãs Américas? Outro camino de la antropología médica para nuestro tiempo. In: **VI Congreso de Antropología en La Colômbia**. Anais... Santa Fé de Bogotá: Universidad de los Andes, 1992.
18. BIBEAU, G.; CORIN, E. From submission to the text to interpretive violence. In: BIBEAU, G. & CORIN, E. (Eds). **Beyond Textuality: Asceticism and Violence in Antrpological Interpretation**. Berlim/ New york: Mounton De Gruyter, 1995.
19. BOURDIEU, P., J-C CHAMBOREDON & J-C PASSERON. **A profissão do sociólogo**. Preliminares epistemológicas. Petrópolis: Vozes, 1999.
20. BOZON, M. **Sociologia da Sexualidade**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004, p. 172.
21. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Programa Nacional de DST e AIDS . **Boletim Epidemiológico: AIDS**. Ano I. nº 1 - 1ª a 26ª semanas epidemiológicas, janeiro a junho de 2004. Disponível em :<http://www.aids.gov.br>.

22. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Política de Distribuição de Preservativos para Ações de Prevenção das DST/HIV/Aids no Brasil**. Brasília, Distrito Federal, 2000.
23. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Boletim Epidemiológico: AIDS**. Ano XVII. nº 01 - 1ª à 52ª semanas epidemiológicas, janeiro a dezembro de 2003.
24. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Boletim Epidemiológico: AIDS/DST**. Ano I. nº 01 - 1ª à 26ª semanas epidemiológicas, janeiro a junho de 2004.
25. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Boletim Epidemiológico: AIDS/DST**. Ano II. nº 01 - 1ª à 26ª semanas epidemiológicas, janeiro a junho de 2005.
26. _____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Manual de redução de danos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
27. BRITO, A. M.; CASTILHO, E. A. **A Arte de Pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais**. São Paulo: Perspectiva. 1999. p.7-34.
28. BUCHALA, C. H. ; CARVALHO, M. H. M. ; FERNANDES, M. E. L. ; VIEIRA, E. M. ; D'ANGELO, P. J. A. Aceitabilidade do preservativo feminino entre Mulheres Atendidas no Centro de Referência da Saúde da Mulher e de Nutrição, alimentação e Desenvolvimento Infantil. **Rev. Ginecol. Obstet**, ; 9: 12-18, 1996.
29. BUCHER, R. (org). Prevenção ao uso indevido de drogas. **Programa de Educação Continuada**, vols.I e II. CEAD/CORDATO. Brasília: Ed. UnB, 1989/1991.
30. BUCKINGHAM, R. W. PhD 1; Meister, E PhD 1; Webb, N BA 2 Condom use among the female sex worker population in Thailand. **International Journal of STD & AIDS**. 15 (3): 210-211, march 2004.
31. CARRARA, S. A Aids e a história das doenças venéreas no Brasil (do final do século XIX até os anos 20). In: LOYOLA, M.^a (org.) **Sexualidade: o ponto de vista das ciências humanas**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: UERJ, 1994.
32. CASTILHO, E. A.; BASTOS, F. I. Aids (1981-19970: o rastro da tormenta. **Revista da USP**. São Paulo, n33, mar-maio, 1997. Dossiê Aids.
33. CARLINI- COTRIM, B. H. O consumo de drogas psicotrópicas por estudantes secundários: O Brasil frente a situação internacional. **Revista ABP- APAL**, V. 13, n. 3, p. 112-116, 1991.

34. CARLINI, E. A. ; GALDURÓZ, J. C. F. ; NOTO, A. R. ; NAPPO, S. A. ; LIMA, E. L. ; ADIALA, J. C. Revisão: Perfil de uso de cocaína no Brasil. **J. Bras. Psiq.** , n. 44, p. 287-303, 1995.
35. CARLINI-COTRIM, B. H. **A escola e as drogas: Realidade brasileira e contato internacional**. Tese (Doutorado)- Departamento de Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica, 245 p. , São Paulo, 1992.
36. CASTEL, R. & COPPEL, A. Les controles de la toxicomanie. In: EHREMBERG, A. dir. **Individus sous influence: drogues, alcools, médicaments psychotropes**. Paris, Esprit, 1991. p. 237-256.
37. CASTELLS, M. **O poder da identidade**. São Paulo: Paz e Terra, 2000.
38. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION- The Global HIV and AIDS Epidemic, 2001- United States, 2001. **Morb. Mortal. Wkly Rep.** ; 50: 434-9, 2001.
39. CORIN, E. ; BIBEAU, G. ; MARTIN, J. ; LAPLANTE, R. . **Comprendre pour soigner atrement**. Montreal: Les Presses de l'Université de Montreal, 1990.
40. COSTA, J.F. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
41. DESLANDES, S. F. & MENDONÇA, E. A., “ Estudo qualitativo: as redes sociais e as representações de riscos entre usuários de drogas injetáveis” Em: **Projeto AJUDE-Brasil: Avaliação epidemiológica dos usuários de drogas injetáveis dos projetos de redução de danos (PRD) apoiados pelo Programa Nacional de DST e AIDS**. Org. CAIFFA, W. T. Ministério da Saúde, Brasília, 2001.
42. DHALIA, C.; BARREIRA, D. & VASTILHO, E. A. A Aids no Brasil – situação atual e tendências. In: Ministério da Saúde. CN-DST/AIDS. **Boletim Epidemiológico**. Ano XIII. nº 01 - semanas epidemiológicas 48/99 a 22/00 – Brasília: MS, dezembro/1999 a junho/2000.
43. DIAZ, J. et al. , 1997. Estudo de aceitabilidade do condom feminino no Brasil. Reunião “**O condom feminino: um grupo de consulta para seu uso no Brasil**”, promovido pelo Ministério da Saúde e Council (comunicação oral).
44. DOUGLAS, M. The self as risk-taker: a cultural theory of contagion in relation to AIDS. In: _____ . **Risk and Blame: essays in cultural theory**. Routledge: London / New York, p. 3-124, 1994.
45. DURHAM, E. **Família e reprodução humana: Perspectiva antropológica da mulher**, Vol. 3, 1983.
46. ECO, H. **Como se faz uma tese**. São Paulo: Perspectiva. 1999. p. 7-34.

47. ELIAS, C. J. & COGGINS, C. Female-controlled methods to prevent sexual transmission of HIV. *AIDS*, 10 (supl 3): S43-S51, 1996.
48. ENGEL, M. O médico, a prostituta e os significados do corpo. In: VAINFAS, R. (org). **História da sexualidade no Brasil**. Rio Janeiro: Graal, 1986.
49. FARMER, P. ; CONNORS, M. & SIMMONS, J. 1996 **Poverty and AIDS: Sex, Drugs and Structural Violence**. Common Courage Press.
50. FARRIS, C. A. ; FENAUGHTY, A. M. ; LINDEMANN, D. F. A condom skill scale: assessing condom skills among female drug users. *J Drug Educ*; 33(2): 217-31, 2003. Indiana University, USA.
51. FOUCAULT, M. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1988.
52. _____. **Vigiar e punir**. Petrópolis: Vozes, 1977b.
53. _____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1979.
54. GEEN, G. et al. Female control of sexuality: illusion or reality? Use of Vaginal products in south west Uganda. *Social Science & Medicine*. 52 (2001), p. 585-598.
55. GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro, LTC, 1989.
56. GIAMI, A. De Kinsey à AIDS: a evolução da construção do comportamento sexual em pesquisas quantitativas. In: LOYOLA, M. A. . (org.) . **Sexualidade: o ponto de vistas das ciências humanas**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: UFRJ, 1994.
57. _____. A. Representações e Sexualidade- Psicologia Social e Pluridisciplinaridade. In: LOYOLA, A. (org). **A Sexualidade nas Ciências Humanas**. Rio de Janeiro, Ed. UERJ, 1998.
58. GIFFIN, K. Beyond empowerment: heterossexualities and the prevention of AIDS. *Social Science & Medicine*, vol. 46, nº2, 1998, p.151-156.
59. GOGNA, M. & RAMOS, S. Crenças leigas , estereótipos de gênero e prevenção das DSTs. In: BARBOSA, R. M. PARKER, R. (orgs). **Sexualidades pelo avesso: direitos, identidade e poder**. Rio de janeiro: IMS/UERJ: São Paulo: Editora 34, 1999, p229-248.
60. GOLDENBERG, M. **A Arte de Pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Record; 2001. p. 7-34.
61. GOLDESTEIN, D. O lugar da mulher no discurso sobre AIDS no Brasil. In: PARKER, R. & GALVÃO, J. . (Orgs.). **Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS/UERJ, p.p. 137-152, 1996.

62. _____. AIDS and Women in Brazil: The emerging problem. **Social Science and Medicine**. 1994, Vol. 29, nº07, pp 919-929.
63. GREEN, G. et al. Female control of sexuality: illusion or reality? Use of Vaginal products in south West Uganda. **Social Science & Medicine**. 52 (2001), 585-598.
64. GUIMARÃES, C. D. ; **Aids no feminino: por que a cada dia mais mulheres contraem Aids no Brasil?** . Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2001.
65. _____. Estado das pesquisas sobre Aids no Brasil: icebergs e avestruzes. **Ação Anti-Aids**, Rio de Janeiro, nº30, set/dez, 1995.
66. GUPTA & WEISS. Women's lives and sex – implications for AIDS prevention. In: PARKER, R.G. & GAGNON, J.H. (editors). **Conceiving Sexuality: approaches to sex research in Postmodern World**. New York and London: Routledge, 1995.
67. HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 9ª ed. . Rio de Janeiro: Ed. Vozes. 1987. pp. 61-101.
68. HEILBORN, M. L. Articulando Gênero, Sexo e Sexualidade: diferenças na saúde. In: GOLDENBERG, P. (org.). **O Clássico e o ovo: Novas tendências, objetos e abordagens em Ciências Sociais e Saúde**. Rio de Janeiro, Ed. FIOCRUZ, 2003.
69. HEILBORN, M.L. & GOUVEIA, P.F. “ Marido é tudo igual” – mulheres populares e sexualidade no contexto da AIDS. In: BARBOSA, Regina M. & PARKER, Richard (Orgs.). **Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Editora 34, 1999, pp 175-198.
70. HENMAN, A. A guerra às drogas é uma guerra etnocida. In: ZALUAR, A. (org.). **Drogas e Cidadania: repressão ou redução de riscos**. São Paulo, Brasiliense, Cap. 4, p. 47-82, 1994.
71. HERZELICH, C. & PIERRET, J. Uma doença no espaço público. **Physis**, V. 2, n. 1, pp. 7-35, 1992.
72. HOCHGRAF, P.B.; ZILBERMAN, M. N.; BRASILIANO, S.. A cocaína e as mulheres. In: LEITE, M. C. & ANDRADE, A.G. (ORGS.). **Cocaína e crack- dos fundamentos ao tratamento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.
73. IRIART, J. ; SARNO, L. F. P. ; LIMA, M. ; SANTOS, C. O. ; LOBÃO, L. **Signos, significados e práticas associados à AIDS em dois bairros pobres de Salvador: contribuição à elaboração de campanhas de prevenção entre mulheres. Relatório final da pesquisa**. Endereçado à CN-DST/AIDS/UNESCO-MS-Brasil. Salvador, 2001.

74. JACOBINA, R. R.; NERY-FILHO, A. (orgs). **Conversando sobre drogas**. Salvador: Editora Universidade Federal da Bahia, 1999.
75. JOHNSTONE, F. D. Contraception for HIV. Infected women. **Journal Int. Ass. Phys. AIDS Care**, 3:10-3, 1997.
76. KALCKMANN, S.; VIEIRA, E. M. ; FERNANDES, M. E.; ANKRAH, M. Projeto Beija-Flor: Impressões de uso do preservativo feminino por mulheres de São Paulo. **Rev. CRSMNADI**, 3:9-15, 1998.
77. KALICHMAN, S. C.; ROMPA, D.; CAGE, M. Factors associated with female condom use among HIV – soropositive women. **Int. J. STD AIDS**, 11: 798-803, 2000.
78. KALICHMAN, S. et al., . **The Female condom as a woman controlled method: Find report**. Instituto de Saúde / SES-SP e MCCS (mimeo), 1997.
79. KANDEL, D. B. ; DAVIES, M. High school students who use crack ond others drugs. **Arch Gen Psychiatry**, 53: 71-80, 1996.
80. KNAUTH, D. A vulnerabilidade feminina ao HIV/AIDS. **Revistas de estudos Feministas**. V. 6; n. 2/98. p. 459-461. Jun. 1998. Resenha.
81. _____. Subjetividade feminina e soropositividade. In: BARBOSA, R. M. & PARKER, R. (orgs.). **Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Editora 34, pp. 49-72, 1999.
82. _____. et al. A banalização da AIDS. **Horizontes Antropológicos**. Porto Alegre, Ano 4, nº 09, 1998, pp171-202.
83. KVALE, S. Interviews: an Introduction to Qualitative Research Interviewing . Thousand oaks: **Sage Publications**, 1996.
84. LAVILLE, C. E.; DIONE, J. **A Construção do Saber: Manual de Metodologia em ciências humanas**. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 1999.
85. LINSPECTOR, C. **Água Viva**. Rio de Janeiro: Rocco, 1998.
86. LOWN, A. E. ; WINKLER, K. ; FULLILOVE, R. E. & FULLILOVE, M. t. Tossing ‘and tweakin’: women’s consciousness in the crack culture. In: SQUIRE, C. (ed.). **Women & AIDS- Psychological Perspectives**, 1993.
87. LOYOLA, M.A. A Sexualidade como objeto de estudo das ciências humanas. In: HEILBORN, M.L. (org). **Sexualidade – o olhar das ciências sociais**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1999.

88. LURIE, P. & REINGOLD, A.L. **The Public Health Impact of Needle Exchange Program in the United States and Abroad**. Berkley: School of Public health, University of Califórnia, 1993.
89. LURIE, P. Redução de danos: a experiência norte-americana. In: RIBEIRO, M.; SEIBEL, S. **Drogas: a hegemonia do cinismo**. São Paulo. **Fundação Memorial da América Latina**, 1997, parte II, Cap2, p253-267.
90. _____. Sexualidade e Medicina: a revolução do século XX. Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, V19, n4. julho/agosto, 2003.
91. MACALUSO, M. et al., Mechanical failure of the latex condom in a cohort of women at high STD risk. **Sex. Transm. Dis**, 26:450-8, 1990.
92. MACALUSO, M. et al., Partner type and condom use. **AIDS**, 14: 537-46, 2000.
93. MACHADO, R. "Por uma genealogia do Poder". In: Foucault, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1979.
94. MACRAE, E. "A importância dos fatores socioculturais na determinação da política oficial sobre o uso ritual de ayahuasca". In: Zaluar, Alba (org). **Drogas e Cidadania – repressão ou redução de riscos**. São Paulo, Ed. Brasiliense, 1994
95. MAGALHÃES, J. ; AMARAL, E. ; GERALDO, P. C. ; SIMÕES, J. A. HIV infected women: impacto in contraception. **Contraception**, 66: 87-91, 2002.
96. _____. **Avaliação do preservativo feminino em mulheres vivendo com HIV**. Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas,, Campinas, 2001.
97. _____. et al. Uso de condom feminino por mulheres infectadas pelo HIV. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**. Vol 5, nº 6, Rio de Janeiro, julho, 2003.
98. MANE, P. & AGGLETON, P. – Gênero e poder: comunicação, negociação e preservativo feminino. In: BARBOSA, R. M. & PARKER, R. – **Sexualidades pelo avesso: Direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro, 1999.
99. MANN, J. Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e AIDS. In: MANN, J. ; TARANTOLA, D. J. M. ; NETER, T. W. (orgs.). **A AIDS no Mundo**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS: UERJ, História Social da AIDS, Volume I, 1993.
100. MARSEILLE, E. ; KAHN, J. G. ; BILLINGHURST, B. ; SABA, J. – Cost-effectiveness of the female condom in preventing HIV and STD's in commercial sex workers in rural South Africa. **Social. Science. Medicine**. ; 52: 135-48, 2001.
101. MARTIN, D. **Mulheres e AIDS: uma abordagem antropológica**. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) FFLCH/ USP, Mimeo, 1995.

102. MESQUITA, F. Drogas injetáveis e Aids. In: PAIVA, V. (org). **Em tempos de Aids**. Summus, São Paulo, 1992.
103. MESQUITA, F. C. ; BASTOS, F. I. (orgs.). **Drogas e Aids: Estratégias de Redução de Danos**. São Paulo, HUCITEC, 1994.
104. _____. AIDS e drogas injetáveis. In: INEM, C. L. ; ACSELRAD, G. (orgs.). **Drogas: uma visão contemporânea**. Rio de Janeiro, Imago, 1993.
105. MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento - pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.
106. NAPPO, S.; SANCHEZ, Z.; OLIVEIRA, L.; SANTOS, S.; CORADETE, J.; PACCA, J.; LACKS, V. **Comportamento de risco de mulheres usuárias de crack em relação às DST/AIDS**. São Paulo. CEBRID/ CN-DST/AIDS/ UNIFESP, 2004.
107. NICHOLSON, L. Interpretando o gênero. **Estudos Feministas**. Ano 8, nº2, 2000.
108. NUNEZ, M. E. **Aspectos Psicosociales del uso de Crack en Salvador- Bahia- Brasil**. Dissertação (Maestria en Salud Mental) Facultad de Trabajo Social. Universidade Nacional de Entre Rios, 145 p., Rio Grande do Sul, 1997.
109. NUWAHA, F. ; FAXELID, E. ; MÖUER, B. – Predictors of condom use among Patients with sexually transmitted diseases in Uganda. **Sex. Transm Dis.** , 26: 491-5, 1999.
110. O'LEARY, S. ; CHENEY, B. (orgs.). **Tripla ameaça: Aids e mulheres**. Rio de Janeiro/ Londres: ABIA/ SOS Corpo/ Panos Institute, Dossiê Panos, 1993.
111. OLIVEIRA, J. F. **Mulheres (Con)vivendo com drogas: vulnerabilidade e representações sobre Aids**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 128 p., 2001.
112. PAIVA, V. **Fazendo arte com a camisinha: sexualidades jovens em tempos de AIDS**. São Paulo: Summus, 2000.
113. _____. Sem mágicas soluções: a prevenção e o cuidado em HIV/AIDS e o processo de emancipação psicossocial. **INTERFACE – Comunicação, Saúde e Educação**, Vol.6, nº 11, agosto, 2002..
114. _____. Sexualidade e gênero num trabalho com adolescentes para a prevenção do HIV/AIDS. In: PARKER, B. ; BASTOS, C. ; GALVAO, J. ; PEDROSA, J. S. (orgs.). **A AIDS no Brasil (1982-1992)**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, p. 231-50, 1994.

115. PARKER, R. & GALVAO, J. (orgs.). **Quebrando o Silêncio: mulheres e AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS/UERJ, (Coleção História Social da AIDS, n. 07). 1996.
116. _____. Aspectos antropológicos da epidemia de HIV/AIDS no Brasil. In: **A epidemia da AIDS no Brasil: situação e tendências**. CN-DST/AIDS-MS. Brasília, 1997.
117. _____. **construção da Solidariedade- AIDS, sexualidade e política no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.
118. _____. **Corpos, prazeres e paixões: a cultura sexual no Brasil contemporâneo**. São Paulo: editora Best Seller, 1991.
119. _____ et al. Passagem Segura para a Vida Adulta: Oportunidades e Barreiras para a Saúde Sexual dos Jovens Brasileiros. **Saúde Sexual e Reprodutiva**, nº1. Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids. Rio de Janeiro, 2000.
120. _____. **Estigma, discriminação e AIDS**. Rio de Janeiro: ABIA, 2001.
121. _____. A construção social e cultural do risco ou como fazer pesquisa (em sexualidade) em uma epidemia. **PHYSIS-Revista de Saúde Coletiva**. Vol. 5, nº 1, p.p. 85-98, 1995.
122. PAULILO, M. A. **Os sentidos do risco**. São Paulo: Veras Editora, 1999.
123. PAULILO, M.A. S.; JEOLÁS, L.S. Aids, drogas, riscos e significados: uma construção social. **Ciência e Saúde Coletiva**. Vol 10, nº 01, 2005.
124. PECHANESKY, F. & DIEMEN, L.V. Homens e mulheres usuários de drogas: semelhanças e diferenças na exposição ao vírus HIV em porto Alegre. **Álcool e drogas Revista da ABEAD**, 1/2, dezembro, 1998.
125. PERLONGHER, N. Droga e êxtase. In: LANCETTI, A. org. **Saúde loucura 3**. São Paulo, HUCITEC, 1991. p. 77-90.
126. PINTO, C.R.J. "Movimentos Sociais: espaços privilegiados da mulher enquanto sujeito político", In A. Costa & Bruchini (orgs) **Uma questão de gênero**. Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos; São Paulo, Fundação Carlos Chagas, 1992.
127. PRAÇA, N. S.; GUALDA, D. M. R. Risco de infecção pelo HIV: como mulheres em uma favela se percebem na cadeia de transmissão do vírus. **Rev. Latino- Am. Enfermagem**, jan. / fev. 2003, Vol. 11, n. 1, p. 14-20. ISSN 0104 -1169.
128. QUINTANA, M. **A cor do invisível**. Rio de Janeiro, Globo, 1989.
129. RABANI, M. J. Porquê educar para a paz. 2003. Texto disponível em: www.impaz.com.br.

130. RATNER, M. S. ed. **Crack Pipe as Pimp: An ethnographic Investigation of sex-for-crack Exchanges**. New York, Lexington Books, 1993.
131. RUBIN, G. The traffic in women: Notes on the 'Political Economy' of Sex. In: RAPP, R. (org.). **Towards an Anthropology of women**. New York: Monthly Review Books, p.157-210, 1975.
132. SAFFIOTI, H.I.B. "Rearticulando gênero e classe social" in A. Costa & C. Bruschini (orgs), **Uma questão de gênero**. São Paulo: Editora Rosa dos Tempos/ Fundação Carlos Chagas, 1992.
133. _____. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.
134. SCHEPER-HUGHES, N. Essay: AIDS and the social body. **Social Science & Medicine**, Vol 39, nº 7, 1994.
135. SCHILLER, N. G. What's Wrong With this picture? The Hegemonic Construction of culture in AIDS Research in the United States. **Medical Anthropology Quarterly**, 6 (3): 237-254, Sept 1992.
136. SCHNELL, D. J. ; GAVALOTTI, C. ; FISHHEIN, H. ; CHAN, D. K. S. – Measuring the adoption of constant use of condoms using the stages of change model. **Public Health Resp.** , III: 57-68, 1996.
137. SCOTT J. **Gênero: uma categoria útil de análise histórica**. Educação e realidade. Porto Alegre: UFRGS, Vol. 20, nº2, pp.71-99.
138. SORJ, B. "**Relações de gênero e teoria social**" in XVI Reunião da ANPOCS, Caxambu, Minas gerais, 1993.
139. STEIN, Z. A. HIV prevention: the need for methods women can use. **American Journal of Public Health**, n. 80, 1990.
140. TELLES, P. R. Adoção de práticas Sexuais mais Seguras entre Mulheres- Intervenções Educativas com o Preservativo Feminino - **Relatório final da Pesquisa**. Ministério da Saúde, Brasília, 2002.
141. TREBACH, A. S. & ZEESE, K. B. The important thing about a Loly was is to fight it not to win it. In: TREBACH, A. S. & ZEESE, K. B. eds. Drug Prohibition and the conscience of Nations. Washington: **The Drug Policy Foundation**, Chap. 2, p. 28-30, 1990.
142. UZIEL, A. P.; PARKER, R. G.; RIOS, L. F. (orgs). **Construções da sexualidade: gênero, identidade e comportamentos em tempos de AIDS**. Rio de Janeiro: Pallas: Programa em Gênero e Sexualidade. IMS/UERJ e ABIA, 2004.

- 143.VANCE, C. A antropologia redescobre a sexualidade: um comentário teórico. **Revista de Saúde Coletiva**, V. 5, nº1, Rio de Janeiro: IMS – UERJ/ Relume – Dumará, 1995.
- 144.VELHO, G. Drogas, níveis de realidade e diversidade cultural. In: RIBEIRO, M. M. ; SEIBEL, S. **Drogas: a hegemonia do cinismo**. São Paulo, Fundação Memorial da América Latina, 1997 [parte 1], p. 61-69.
- 145.VELHO, G. **Projeto e metamorfose: antropologia das sociedades complexas**. Rio de Janeiro; Zahar, 1994.
- 146.VILELA, W. **Oficina de Sexo Mais seguro para Mulheres: abordagens metodológicas e de avaliação**. São Paulo: NEPAIDS, 76 p. , 1996.
- 147.World Health Organization. **The female condom: a review**. Geneva, 1997. (World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction).
- 148.ZALUAR, A. A criminalização das drogas e o reencantamento do mal. In: ZALUAR, A. (org.). **Drogas e Cidadania: repressão ou redução de riscos**. São Paulo, Brasiliense, Cap. 6, p. 97-128, 1994.

Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Saúde Comunitária

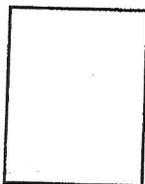
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____; _____ anos, declaro estar ciente das informações recebidas e concordo em participar do estudo “Significados e Práticas associados ao uso do Preservativo Feminino por Mulheres Usuárias de Drogas em um bairro popular da cidade de Salvador”, que tem como objetivo conhecer e analisar os significados e as práticas associadas ao uso do preservativo feminino, a partir do discurso das mulheres usuárias de drogas, enfatizando as relações entre tais práticas e sua vulnerabilidade à infecção pelo HIV/AIDS, bem como a influência das relações de gênero no contexto de negociação do uso desse preservativo.

Estou ciente que em nenhum momento serei exposta a riscos devido a minha participação neste estudo e que poderei a qualquer momento interromper minha participação, sem nenhum prejuízo para minha pessoa. Sei também, que todas as respostas e entrevistas que darei, serão gravadas e o conteúdo será usado somente para fins científicos, com garantia de anonimato. Fui informado que não terei nenhum tipo de despesa nem receberei nenhum pagamento ou gratificação pela minha participação nesse estudo. Assim sendo, autorizo a utilização dos dados da entrevista por mim concedida, para a realização do estudo. Diante do exposto, concordo, voluntariamente, em participar do referido estudo.

Local: Salvador. Ass.: _____ Data: ____/____/____

Entrevistada



Polegar direito

Pesquisadora/Entrevistadora: Mônica Coutinho Cerqueira Lima
R.G.: 2471535-24 SSS/BA – Tel:3328-4899

Mestrado em Saúde Comunitária do Instituto de Saúde Coletiva - ISC/UFBA
Título do Projeto: Significados e Práticas associados ao Uso do Preservativo Feminino por
Mulheres Usuárias de Drogas em um bairro popular da cidade de Salvador
Autora/ Entrevistadora: Mônica Coutinho
Categoria das Entrevistadas: Usuárias de Drogas vinculadas ao PRD/Salvador
Período: 2004-2005

Roteiro de Entrevista – Estudo Complementar

0. SE NECESSÁRIO – Pergunta de aquecimento

Ex. Falar sobre a participação da entrevistada no Estudo de Referência utilizado por esse projeto, lembrando algumas questões abordadas, enfatizando a importância de aprofundá-las. Caso não tenha participado, aplicar o Roteiro do referido estudo.

1. História Sexual

- Retrospectiva sobre a trajetória da vida sexual
- Aspectos que marcaram essa trajetória (positivos e negativos)
- Lugar ocupado pelo prazer
- Importância do sexo na vida
- Desejos e fantasias sexuais
- Percepção de vulnerabilidade para DST/HIV/AIDS

2. Relações de Gênero

- Convivência com o parceiro (facilidades e dificuldades)
- Temas mais abordados nas conversas com o parceiro (falam sobre saúde?)
- Temas não abordados por gerarem conflitos, discussões
- Compartilhamento ou não dos desejos e fantasias sexuais com o parceiro

- Influência ou não do papel desempenhado pelo homem e/ou pela mulher na convivência entre ambos (comportamento, práticas, etc)
- Ocorrência de IST, corrimentos, inflamações, etc (conversaram sobre o assunto)
- Mudança ou não de atitude devido à ocorrência de algum problema de saúde
- Conhecimento do próprio corpo (orientações, cuidados, etc)
- Uso de drogas lícitas e/ou ilícitas
- Influência ou não do uso de drogas no comportamento sexual do casal (práticas sexuais, atitudes, etc)

3. Uso do Preservativo Masculino

- Imagem, representação sobre esse preservativo
- Motivações para iniciar o uso (impressões/sensações, experiências positivas e/ou negativas)
- Situações que facilitam e/ou dificultam o uso (argumentos utilizados p/ negociação do uso e/ou não uso)
- Motivos que justificam a continuidade e/ou descontinuidade do uso (vantagens e desvantagens, principais dificuldades)
- Maior preferência de uso do preservativo (masculino e/ou feminino)
- Influência ou não do uso de drogas no uso desse preservativo
- Opinião sobre o programa de RD responsável pela distribuição no bairro (acesso, quantidade, custo, informações/ orientações)
- Sugestões para aumentar o uso entre homens e mulheres

4. Uso do Preservativo Feminino

- Imagem, percepção sobre esse preservativo (significados atribuídos)
- Motivações para iniciar o uso (primeiro contato, impressões/ sensações, experiências positivas e/ou negativas)
- Elementos que facilitam e/ou dificultam o uso (argumentos utilizados)
- Contexto de Negociação do uso (argumentos/ estratégias, dificuldades)

- Motivos que justificam a continuidade e/ou descontinuidade do uso (vantagens e desvantagens, principais dificuldades)
- Maior preferência de uso do preservativo (masculino e/ou feminino)
- Influência ou não do uso de drogas no uso desse preservativo
- Opinião sobre o programa de RD responsável pela distribuição no bairro (acesso, quantidade, custo, informações/ orientações)
- Sugestões para aumentar o uso entre homens e mulheres.