

REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Produção sobre vulnerabilidades de mulheres ao hiv/aids: uma revisão integrativa da literatura

Production of women on vulnerability to HIV / aids: an integrative review of the literature

Producción de vulnerabilidad de las mujeres frente al HIV/sida: una revisión integradora de la literatura

Patrícia Josefa Fernandes Beserra¹, Maria Miriam Lima da Nóbrega², Jordana de Almeida Nogueira³, Greicy Kelly Gouveia Dias Bittencourt⁴

ABSTRACT

Objective: Understanding factors associated with women's vulnerability to HIV/AIDS. **Methods:** An integrative review in the databases LILACS, SCIELO and MEDLINE was developed using the descriptors: HIV; Aids; vulnerability; women's health, during the period from 2002 to 2012. **Results:** The sample of 40 articles allowed the identification of 06 factors: Absence of condoms in steady relationships, relations of gender and power, Female submission in affective relationships, Racism and violence against women, Drug use and Socioeconomic status. **Discussion:** It was observed that the vulnerability of women to HIV is the result of a set of factors and characteristics that lead to vulnerability contexts. **Conclusion:** Discussing those vulnerabilities implies discussing individual and group values, beliefs, sexuality, ethnicity, social, cultural situation as well as risk behaviors that are leading women to contamination and increasing the disease epidemic. **Descriptors:** Vulnerability; HIV; AIDS; Women's health.

RESUMO

Objetivo: Conhecer os fatores associados às vulnerabilidades de mulheres ao HIV/aids. **Métodos:** Elaborou-se uma revisão integrativa nas bases de dados LILACS, SCIELO e MEDLINE, com os descritores HIV; SIDA; vulnerabilidade; saúde da mulher e/ou HIV; Aids; vulnerability; women's health, no período de 2002 a 2012. **Resultados:** A amostra de 40 artigos permitiu a identificação de 06 fatores: Ausência do preservativo em relacionamentos estáveis, Relações de gênero e poder, Submissão feminina nas relações afetivas, Racismo e violência contra a mulher, Uso de drogas e Situação socioeconômica. **Discussão:** Evidenciou-se que a vulnerabilidade de mulheres ao HIV é resultado de um conjunto de fatores e características que levam a contextos de vulnerabilidade. **Conclusão:** Discutir essas vulnerabilidades implica em refletir sobre valores individuais ou de grupo, crenças, sexualidade, etnia, situação social, cultural, comportamentos de risco que estão levando as mulheres à contaminação, aumentando a epidemia da doença. **Descritores:** Vulnerabilidade; HIV; SIDA; Saúde da mulher.

RESUMEN

Objetivo: Determinar factores asociados con vulnerabilidad de mujeres frente al VIH/SIDA. **Métodos:** Se elaboró una revisión integradora a partir de bases de datos LILACS, SciELO y MEDLINE con palabras clave VIH, SIDA, vulnerabilidad, salud de la mujer y/o VIH, SIDA, vulnerability; women's health, en período de 2002 a 2012. **Resultados:** Una muestra de 40 artículos permitió identificar 06 factores: falta de preservativos en relaciones estables, relaciones de género y poder, sumisión de la mujer en las relaciones, racismo y la violencia contra las mujeres, uso de drogas y la situación socioeconómica. **Discusión:** Se confirmó que la vulnerabilidad de mujeres al VIH es el resultado de un número de factores y características que conducen a contextos de vulnerabilidad. **Conclusión:** discutir estas vulnerabilidades implica discutir valore individual del grupo, creencias, sexualidad, etnia, situaciones sociales, culturales, conductas de riesgo que conducen las mujeres a contaminación, creciendo la epidemia de la enfermedad. **Descritores:** Vulnerabilidad; VIH; SIDA; Salud de la Mujer.

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba. E-mail: ticinhajfb@gmail.com. ² Enfermeira. Doutora em enfermagem. Docente Associada do Departamento de Enfermagem de Saúde pública e Psiquiatria - UFPB. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/PPGENF-UFPB. E-mail: miriam@ccs.ufpb.br. ³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem Clínica/UFPB. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Universidade Federal da Paraíba. E-mail: jal_nogueira@yahoo.com.br. ⁴ Enfermeira. Doutora em enfermagem. Docente colaboradora do PPGENF-UFPB/ PNPd - CAPES. E-mail: greicykel@gmail.com

INTRODUÇÃO

No início da década de 1990, com o crescimento do número de casos de aids na população feminina, no mundo e no Brasil, a temática da feminização da epidemia surge como ponto de discussão para ativistas, pesquisadores e técnicos do setor da saúde.

A partir dessa década, no Brasil, constatou-se uma transição do perfil epidemiológico da aids resultando na heterossexualização, feminização, pauperização e interiorização da epidemia. Desse modo, verifica-se que a razão de sexo, que foi de 25 homens para cada mulher, em 1991, passou para 2 homens para cada mulher, em 2000, mostrando uma tendência de feminização do HIV/aids¹. A pandemia tende para uma paridade de gênero, determinando um profundo impacto na saúde da mulher em todo o mundo².

Essa transição epidemiológica caracteriza um grupo específico que merece atenção especializada dos serviços de saúde. Para tanto, a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e o Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis e aids e da Área Técnica de Saúde da Mulher, apresentam às instituições que atuam no campo dos direitos humanos, direitos sexuais e direitos reprodutivos das mulheres brasileiras o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia da aids e outras DST cujo objetivo é nortear a implantação e a implementação de ações de promoção à saúde e aos direitos, da área sexual e reprodutiva, em nível federal, estadual e municipal. Para tanto, estabeleceram-se estratégias intersetoriais que visam ampliar o acesso aos insumos e às ações de prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento das doenças sexualmente transmissíveis e da aids para mulheres das diferentes regiões brasileiras sendo importante que, em cada estado, município, comunidade, sejam mapeadas as especificidades das mulheres para as quais as ações serão priorizadas³.

Sabe-se que as DST's muitas vezes assintomáticas, principalmente entre mulheres, dificultam o diagnóstico precoce facilitando, dessa forma, a ocorrência de complicações, como infertilidade e gravidez ectópica. Vários fatores, além das características biológicas, contribuem para que as mulheres estejam mais susceptíveis às DST. Com a evolução da epidemia do HIV, essas doenças assumiram um papel mais relevante por facilitar a propagação do vírus, sendo necessário o manejo adequado desses agravos visando à prevenção da infecção pelo HIV³.

Atentar para a complexidade da epidemia da aids em mulheres significa colocar em foco as desigualdades de gênero, em interação com a pobreza, o racismo, a violência, o estigma, a dificuldade em negociar sexo seguro incrementando as vulnerabilidades de mulheres adolescentes, jovens, adultas e idosas às DST/HIV/Aids. Esse fato reforça a necessidade de se analisar os fatores que contribuem para a vulnerabilidade de mulheres à infecção pelo HIV.

A construção do quadro conceitual de vulnerabilidade no campo da saúde é relativamente recente e está estreitamente relacionada ao esforço de superação das práticas preventivas apoiadas no conceito de risco^{4,5}. Conceitua-se vulnerabilidade como o movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como

resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos e contextuais. As diferentes situações de vulnerabilidade dos sujeitos podem ser particularizadas pelo reconhecimento de três componentes interligados - o individual, o social e o programático ou institucional⁶.

Articulados entre si, os três componentes constitutivos de uma abordagem apoiada no quadro conceitual da vulnerabilidade priorizam uma abordagem indissociável de uma “atitude compreensiva” de conhecer que as “partes” com as quais lidamos no cotidiano profissional fazem sentido dentro de um todo que as torna apreensíveis para funcionarem como eixos articuladores de práticas educativo-assistenciais em saúde³. Neste contexto, acredita-se que são necessárias investigações sobre problemas que afetam as mulheres, no contexto do HIV/Aids, considerando os diferentes fatores que contribuem para a existência de vulnerabilidades frente ao HIV/Aids para se pensar em possibilidades de práticas de saúde adequadas às necessidades dessa população.

Assim, desenvolveu-se este estudo cujo objetivo é o de conhecer, com base na revisão integrativa da literatura, os fatores associados às vulnerabilidades de mulheres ao HIV/aids.

MÉTODO

Tratou-se de uma revisão integrativa da literatura com base nos seguintes passos: formulação do problema, coleta dos dados, avaliação dos dados coletados, análise e interpretação dos dados e apresentação dos resultados⁷.

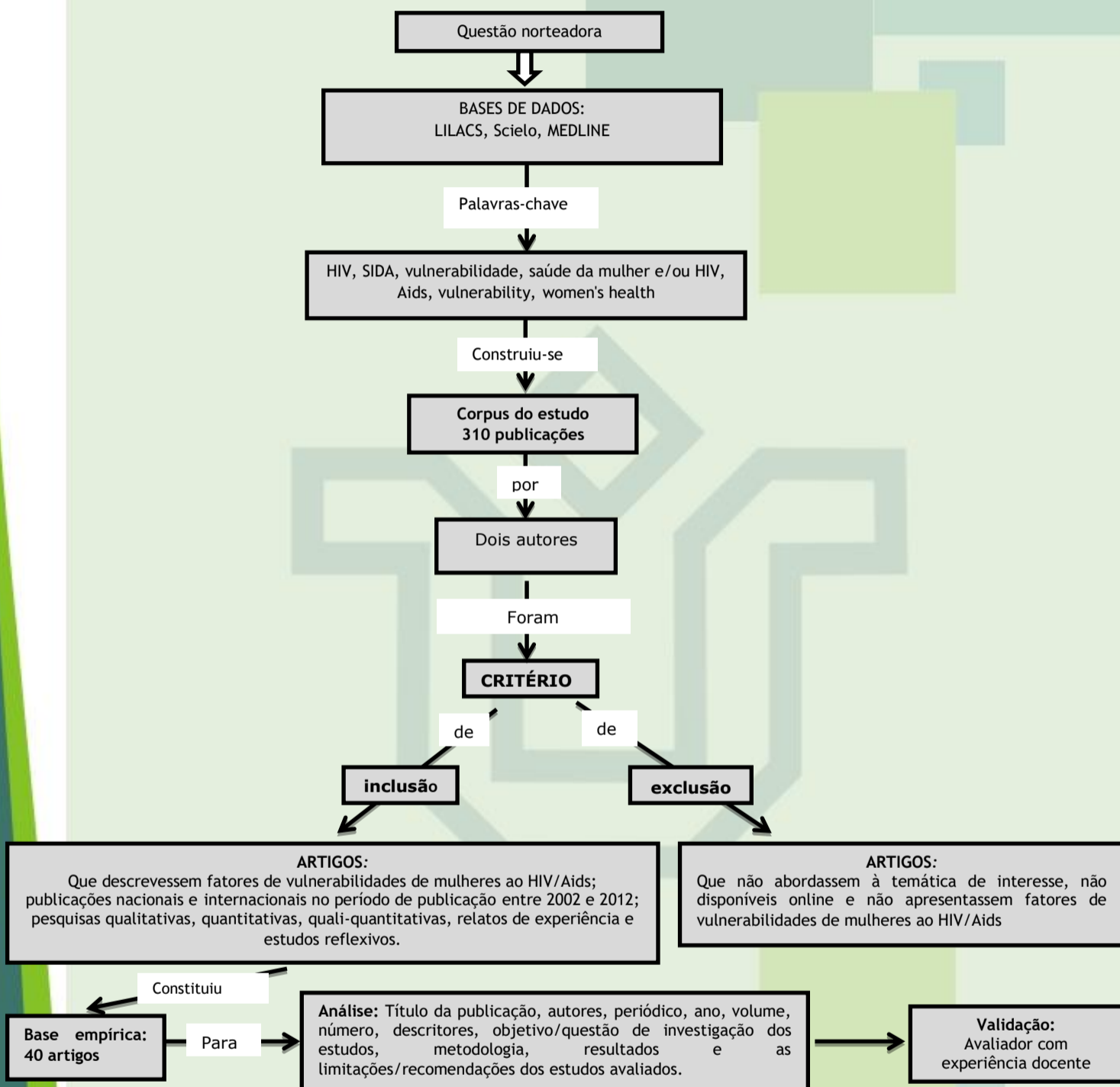
A formulação do problema se caracterizou pela questão norteadora: quais os fatores associados às vulnerabilidades de mulheres ao HIV/Aids? Para a coleta dos dados definiu-se as bases Literatura Latino americana e do Caribe - LILACS; Biblioteca Eletrônica de Periódicos Científicos Brasileiros - SCIELO Brasil e Literatura Internacional - MEDLINE. Foram utilizados os descritores HIV, SIDA, vulnerabilidade; saúde da mulher e/ou HIV; Aids; vulnerability; women's health. Estabeleceram-se como critérios de inclusão: artigos, teses e dissertações que descrevessem os fatores associados às vulnerabilidades de mulheres ao HIV/Aids; publicações nacionais e internacionais em inglês, espanhol ou português no período de publicação entre 2002 e 2012; pesquisas qualitativas, quantitativas, quali-quantitativas, relatos de experiência e estudos reflexivos. Os critérios de exclusão foram artigos que não abordassem a temática de interesse, não disponíveis online e que não apresentassem fatores associados às vulnerabilidades de mulheres ao HIV/Aids.

Elaborou-se um instrumento para o registro das informações de modo a organizá-las de acordo com a questão norteadora do estudo que compreendeu dados de identificação dos artigos (título, autores, periódico, ano, volume, número, descritores); objetivo/questionamento de investigação dos estudos, metodologia e, por fim, os resultados e as limitações/recomendações dos estudos avaliados. A validação foi feita por um avaliador com experiência docente.

A partir das informações do instrumento de coleta de dados, elaborou-se um quadro sinóptico que contemplou os seguintes aspectos: nome dos autores, objetivo do estudo, metodologia e principais resultados. A partir da síntese dos dados, realizou-se

análise dos resultados dos estudos e elencaram-se categorias temáticas de acordo com os fatores associados às vulnerabilidades de mulheres ao HIV/Aids identificados nos estudos analisados. A apresentação dos resultados se deu através de quadros para a exposição dos mesmos integrando-se os resultados obtidos da avaliação dos estudos. Salienta-se que, neste estudo, o compromisso com os aspectos éticos consistiu na citação dos autores dos estudos analisados.

Figura 1 - Fluxograma da descrição metodológica do estudo. João Pessoa, 2013.



Fonte: Elaborado pelos autores, 2013.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Identificaram-se 310 trabalhos nas bases de dados Literatura Latino Americana e do Caribe - LILACS; Biblioteca Eletrônica de Periódicos Científicos Brasileiros - SCIELO Brasil e Literatura Internacional - MEDLINE. Destes, 109 estavam disponíveis na íntegra. Foi realizado um cruzamento dos artigos nas bases de dados em busca de repetições e

identificaram-se 38 repetições, assim restaram 71 estudos, no entanto, 14 deles estavam disponíveis apenas na forma de resumo, restando 57 estudos. Os 57 estudos selecionados foram lidos na íntegra e foram avaliados em relação aos fatores associados às vulnerabilidades de mulheres ao HIV/aids, destes, 17 foram excluídos pois não estavam diretamente relacionados a temática estudada e, desta forma, 40 estudos compõem a amostra desta revisão integrativa.

Dos 40 estudos selecionados nesta revisão, 36 deles, representando 91,2% da amostra, são estudos oriundos de pesquisas originais. Quanto ao tipo de estudo, 19 deles são do tipo descritivo, 09 estudos são do tipo exploratório, 20 estudos têm uma abordagem qualitativa. Cinco estudos são delineados como transversais e os demais estudos envolvem revisão sistemática, relato de experiência e pesquisa amostral. Constatou-se que 06 estudos foram publicados no periódico DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis, 06 estudos foram publicados no periódico Saúde e Sociedade, 06 estudos foram publicados no periódico Revista Saúde Pública e o ano de publicação prevalente foi o de 2010 com 09 estudos.

No Quadro 1, apresentam-se os principais fatores associados às vulnerabilidades de mulheres ao HIV/aids identificados nos estudos analisados de acordo com frequência que eles foram mencionados.

Quadro 1 - Fatores associados às vulnerabilidades de mulheres ao HIV/aids. João Pessoa, 2013.

Fatores associados às vulnerabilidades de mulheres ao HIV/aids	Principais resultados dos estudos	Autores
Ausência do preservativo em relacionamentos estáveis	Submissão e dificuldade na negociação do uso do preservativo durante as relações sexuais e em relacionamentos estáveis.	Ribeiro et al ⁸ ; Carneiro et al ⁹ ; López ¹⁰ ; Rangel ¹¹ ; Guedes et al ¹² ; Sousa et al ¹³ ; Souza ¹⁴ ; Silveira et al ¹⁵
	Dificuldade do uso do preservativo feminino em mulheres com sorologia positiva.	Preussler, Dezoti, Rubim ¹⁶
	Relação entre informação sobre a doença e pouca consciência do uso do preservativo	Silva ¹⁷
	Utilização de preservativo como método barreira com parceiros casuais e não com parceiro estável.	Silva, Lopes, Vargens ¹⁸ ; Morales, Barreda ¹⁹
	Mulheres vivendo com HIV/Aids apresentaram início da vida sexual precoce e menor adesão ao uso de preservativo.	Santos et al ²⁰
	Preservativo como método contraceptivo e não como barreira de doenças.	Figueiredo, Terenzi ²¹ ; Nascimento ²² ; Maliska et al ²³
	Confiança no parceiro, sorte e fé em Deus são condições de imunidade.	Nascimento et al ²⁴
	Mulheres comandam a relação sexual somente na escolha da forma de sexo e não na proteção dos seus corpos.	Borba, Clapis ²⁵
	Mulheres têm menor taxa de atividade sexual, iniciam a vida sexual mais tardiamente, têm menos parceiros casuais do que os homens, mas usam menos o preservativo.	Pascom, Szwarcwald ²⁶
	Dificuldade das mulheres em exigir o preservativo e a vergonha de decepcionar o parceiro.	Silva, Vargens ²⁷
	Mulheres usam preservativo regularmente com	Barrientos et al ²⁸

Fatores associados às vulnerabilidades de mulheres ao HIV/aids	Principais resultados dos estudos	Autores
	clientes, porém com parceiros estáveis o uso é irregular, especialmente entre mulheres casadas.	
Relações de gênero e poder	Mulheres jovens monogâmicas atribuem ao masculino o sexo como necessidade física e ao feminino como prova de amor; Atitudes sexuais e sociais diferenciadas a serem desempenhadas entre homens e mulheres; para o gênero feminino a estabilidade do relacionamento é prevenção ao HIV; o homem tem papel sexual ativo e a mulher é passiva.	Ribeiro, Silva, Saldanha ²⁹ ; Preussler, Dezoti, Rubim ¹⁶ ; Rangel ¹¹ ; Figueiredo, Terenzi ²¹ ; Saldanha ³⁰ ; Nascimento et al ²⁴ ; Franco ³¹ ; Maia et al ³² ; Silva, D'Oliveira, Mesquita ³³ Silva, Lopes, Vargens ¹⁸ ; Morales, Barreda ¹⁹
	No contexto familiar, para as mulheres são abordadas temáticas da virgindade e gravidez e para os homens questões referentes à relação sexual e aids.	Ribeiro et al ⁸
	Normas culturais de gêneros orientam o modo de vivenciar a sexualidade, as escolhas dos parceiros e a possibilidade de negociação do uso de preservativo ocasionando subordinação feminina.	López ¹⁰ ; Silva ¹⁷ ; Ribeiro et al ⁸ ; Rangel ¹¹ ; Cechim et al ³⁴ ; Franco ³¹ ; Saldanha ³⁰ ; Lopes et al ⁴⁴ ; Maliska et al ²³ ; Escobar et al ³⁵ ; Morales, Barreda ¹⁹ ; Torres et al ³⁶ ; Rosete et al ³⁷
	Mulheres que exigem o uso do preservativo são promiscuas, pouco confiáveis e pertencem ao grupo de risco; O uso do preservativo traz a ideia de comportamentos sexuais desviantes do modelo monogâmico.	Nascimento et al ²⁴ ; Nascimento ²² ; Maliska et al ²³ ; Maia et al ³² ; Pascom, Szwarcwald ²⁶ ; Silva, Vargens ²⁷ ; Rosete et al ³⁷ ; Passador ³⁸
	Culturalmente, a ideologia das relações de gênero tradicionais faz uma menor posição das mulheres para negociar práticas sexuais mais seguras com seus parceiros.	Albuquerque et al ³⁹ ; Borba, Clapis ²⁵ ; Venereo, et al ⁴⁰
Submissão feminina nas relações afetivas	Amor e fidelidade nas relações afetivas têm sido marcados pela subordinação ao desejo masculino; Dependência afetiva, carência e romantismo são fatores de submissão feminina; o homem determina os comportamentos sexuais e impõe suas necessidades;	Preussler, Dezoti, Rubim ¹⁶ ; Silva, Lopes, Vargens ¹⁸ ; Figueiredo, Terenzi ²¹ ;
	Mulheres encararem o relacionamento com parceiro acreditando na sua exclusividade como parceira sexual; não identificam o parceiro como risco para a infecção pelo HIV; Quanto maior o tempo de convivência, maior o sentimento de confiança e abandono das medidas de proteção;	Guedes et al ¹² ; Silva ¹⁷ ; Gir et al ⁴¹ ; Carneiro et al ⁹
	Mulheres casadas não se sentem vulneráveis ao HIV mesmo diante da desconfiança de relações extraconjugais do seu marido	Silva, Vargens ²⁷
Racismo e violência contra a mulher	A mulher negra sofre violência simbólica e física sobre seus corpos baseada na hipererotização, no estigma de um corpo tido e visto como passivo.	López ⁹ ; Riscado, Oliveira, Brito ⁴² ; Cechim et al ³⁴

Fatores associados às vulnerabilidades de mulheres ao HIV/aids	Principais resultados dos estudos	Autores
	O rompimento abrupto da vida cotidiana, a fragmentação das redes familiares e sociais, a condição de gênero, raça e, em algumas mulheres, a violência sexual, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, além da falta de prevenção relacionam-se com uma maior vulnerabilidade às ITS/HIV/AIDS.	Riscado, Oliveira, Brito ⁴² ; Torres et al ³⁶
	Mulheres profissionais do sexo têm iniciação sexual precoce, submetem-se à prostituição resultando em más condições de vida; pais agressivos e alcoólatras configuram a violência doméstica.	Borba, Clapis ²⁵
	Mulheres se submetem ao sexo forçado; a violação de obrigações econômicas e culturais para manter relações sexuais não desejadas aumentando o risco de contrair HIV.	Escobar et al ³⁵
Uso de drogas	Mulheres que desempenham comportamentos inseguros como a multiplicidade de parceiros e compartilhar drogas por via endovenosa não identificam como risco para a infecção pelo HIV.	Gir et al ⁴¹
	O uso de drogas, o início da vida sexual precoce, a maior proporção de histórico de DST e de violência sexual entre as mulheres vivendo com HIV/Aids são fatores que apresentaram diferenças significantes do ponto de vista estatístico para vulnerabilidade ao HIV/Aids.	Santos et al ²⁰
	Mulheres usuárias de drogas mantêm relacionamentos afetivos e sexuais desprotegidos com usuários de drogas; o uso de álcool e droga aumenta a vulnerabilidade do homem, secundariamente das mulheres ao HIV	Oliveira, Paiva ⁴³ ; Silveira et al ¹⁵ ; Lopes Buchalla, Ayres ⁴⁴ ; Venereo et al ³⁹
	Venda do corpo para aquisição de drogas aumenta a probabilidade de contrair Aids; este tipo de transação ocorre sem adoção de medidas de sexo seguro.	Oliveira, Paiva ⁴³ ; Gir et al ⁴⁰
	Dificuldade de uso de preservativos é comum entre mulheres que usam drogas devido a confiança nos amigos e parceiros fixos, aliado ao desejo de prazer e a crença de que o homem é o responsável pelo cuidado preventivo.	Oliveira, Paiva ⁴³ ; Silva, D'Oliveira, Mesquita ³²
	Mulheres com menos acesso à educação e renda são dependentes dos homens;	Lopes Buchalla, Ayres ⁴⁴ ; Maliska et al ²³ ;
Situação socioeconômica	Menor poder de negociação do uso do preservativo entre mulheres menos escolarizadas com baixo nível socioeconômico e condições de dependência econômica.	Souza ¹⁴ ; Carneiro et al ⁹ ; Barrientos et al ²⁸
	As mulheres encontram entraves para na negociação do sexo protegido, independentemente do seu grau de instrução, poder aquisitivo, autonomia financeira, das trajetórias ou estilo de vida do parceiro.	Lopes Buchalla, Ayres ⁴⁴
	A sexualidade feminina é relacionada ao comportamento dos parceiros e à situação socioeconômica reforçando sua condição de opressão;	Cechim et al ³⁴ ; Nascimento ²² ; Maia et al ³² ; Escobar et al ³⁵

A ausência do preservativo em relacionamentos estáveis esta relacionada à dificuldade de negociação do uso de preservativo associado aos conceitos de fidelidade, estabilidade, parceiro fixo, monogamia e informação sobre a doença, conferindo a sensação de sexo seguro e resultando na decisão de não uso. Os estudos revelam que o uso do preservativo é relativamente baixo e a não utilização do preservativo entre as mulheres em relação estável foi atribuída à negativa do parceiro. O primeiro fator determinante para o

uso do preservativo é a confiança no parceiro, dada pelo tipo de união. O uso consistente do preservativo foi mais frequente nas parcerias eventuais¹⁴. O fato de as mulheres manterem relações sexuais sem uso de preservativo masculino pelos parceiros, pode, em parte, ser justificado pela confiança e a intimidade construídas ao longo dos anos de convívio, e até mesmo pelo comodismo adquirido pelo casal¹². O uso do preservativo feminino confere autonomia e liberdade de escolha, mesmo as mulheres conhecendo ou não sua sorologia, seu agravo e a necessidade de protegerem-se não estão conseguindo utilizar o preservativo feminino, por não terem introjetado em seu comportamento esta prática ou pela pouca ou nenhuma informação sobre as DSTs/AIDES e pouca consciência do uso do preservativo^{16,18}.

Além disso, o preservativo surge como método contraceptivo, nunca como barreira de doenças e sugerir a utilização da camisinha, que não por contracepção, pode provocar a desconfiança do marido de estar sendo traído ou de se sentir desacreditado pela esposa em suas atitudes extraconjugais²². A negociação com o parceiro sobre o uso do preservativo é quase sempre difícil, e, por vezes, requer a alegação de que representa segurança para se evitar uma gravidez indesejada¹³.

Nas relações de gênero e poder os papéis masculinos e femininos estabelecidos culturalmente interferem substancialmente nas decisões sobre prevenção do HIV/Aids escolhidas pelos indivíduos³². Revelam, por um lado, as desigualdades de poder com base no gênero e, por outro, o estatuto de confiança e cumplicidade que rege as parcerias estáveis. A estabilidade do vínculo afetivo-sexual é interpretada como passaporte seguro para a não-infecção, tanto para homens como para mulheres⁴⁴. Tal situação é compreendida pelas normas culturais de gêneros, que orientam o modo de vivenciar a sexualidade, as escolhas dos parceiros e a possibilidade de negociação do uso de preservativos. Crença de que, por possuir maior conhecimento, o homem seria responsável pelos cuidados preventivos, ou pela confiança depositada na fidelidade do parceiro fixo³³.

Nas relações entre homens e mulheres, a mulher sempre se manteve num papel de aceitação, subordinação, desencadeando atitudes sexuais e sociais diferenciadas a serem desempenhadas entre homens e mulheres¹⁶. O homem é o provedor e tem papel sexual ativo; a mulher tem cuidados domésticos e é passiva sexual²⁰. Para essas mulheres a AIDS é um mal distante; se próximo, não lhes pertence, se lhes pertence é legitimado por ser "obra de Deus" ou por ser próprio do papel de esposa. O sexo é visto como mais uma obrigação doméstica da mulher, mas que é, sobretudo, um desejo do marido. É próprio do homem ter "necessidades sexuais" e dever da mulher satisfazê-las, principalmente, sendo esposa e provida pelo parceiro. Sugerir a utilização do preservativo, que não por contracepção, pode provocar a desconfiança do marido de estar sendo traído ou de se sentir desacreditado pela esposa em suas atitudes extraconjugais. A confiança no parceiro, a sorte e a fé em Deus acabam por gerar condições de quase imunidade absoluta²¹.

Evidenciaram-se situações de vulnerabilidade como consequência de uma naturalização, principalmente no que se refere às relações entre os gêneros. A grande maioria das mulheres não se percebe vulnerável ao HIV. Principalmente, aquelas que se encontram em relacionamento estável, onde acreditam existir amor, respeito e confiança entre o casal. Como consequência trágica, são vítimas da infecção pelo parceiro³⁰.

É marcante ainda a submissão feminina nas relações afetivas como consequência das relações assimétricas de gênero e poder. Historicamente oprimida, subjugada, a mulher tem tido poder bastante limitado no campo das relações afetivo-sexuais. Por isso mesmo,

consciente ou inconscientemente, em algum momento do relacionamento, optam por submeterem-se às escolhas do parceiro.

A desigualdade entre os sexos é fruto de um processo histórico que revela uma submissão da mulher em relação ao homem. As mulheres eram desviadas do poder de decisão na vida pública ou privadas e a violência cotidiana, doméstica e sexual fazia parte da sua realidade. As mulheres têm menor liberdade em sua vida sexual e têm menos poder de decisão acerca do sexo com proteção¹⁸. O homem manda, administra comportamentos, impõe as necessidades²¹. A subordinação é vivenciada por meio da sexualidade, da satisfação sexual do parceiro, da comunicação/ falta de diálogo com o parceiro e das práticas de infidelidade¹⁹. Desta forma, estas relações desiguais se traduzem em uma maior vulnerabilidade para as mulheres, contribuindo para o aumento dos números. Os relacionamentos humanos se sustentam em pilares que geram uma relação de dependência entre as pessoas envolvidas, devido à troca de sentimentos contidos nas relações.

O casamento é destacado pelas mulheres como fator de proteção à doença. O casar para as mulheres representa amor, fidelidade, respeito, confiança e cumplicidade. Há um pressuposto de que, ao assumir tais valores na vida cotidiana, homens e mulheres estariam protegidos do risco de se infectarem. O casamento gera uma visão romântica e eternizada do amor entre o casal e isto pode fazer com que se abandone a utilização de preservativos e acredite estarem realmente protegidos contra a Aids¹⁸.

A mulher confia na sua monogamia, porém esse é um comportamento a ser praticado pelo casal, pois a segurança de um não assegura a do outro, embora muitas mulheres pensem assim. A monogamia é considerada um fator de proteção a DST/HIV/ aids, uma vez que diminui a exposição a uma multiplicidade de parceiros, reduzindo as chances de contaminação. Quanto maior o tempo de convivência, maior a intimidade para uma negociação aberta à proteção contra as DST, como também se pode pensar que, quanto maior esse tempo, maior o sentimento de confiança e o abandono das medidas de proteção¹².

O Racismo e violência contra a mulher aparecem fortemente nos estudos. A História tem revelado que a mulher negra é triplamente discriminada: por ser mulher, por ser negra e, conseqüentemente, por sua classe social⁴¹ (baixo status socioeconômico, seja no que diz respeito à escolaridade, ao rendimento mensal individual ou familiar per capita, ou às condições de moradia)⁴⁴.

Essas mulheres sofrem de violência quando sofrem qualquer tipo de ação que provoque a ela dano ou sofrimento físico, sexual, psicológico, econômico e pode acontecer tanto no ambiente privado como no público. A violência física é definida como aquela que provoca na vítima danos ao seu corpo, caracterizada por chutes, pontapés, tapas, murros, beliscões, queimaduras, sufocamento, ferimentos, lesões corporais e agressão com armas. A violência psicológica é aquela que causa dano à autoestima, à identidade da mulher. Esse tipo de violência desqualifica a mulher, ou seja, a mulher passa a sofrer em seu cotidiano insultos, gritos, xingamentos, humilhações, ameaças, chantagens emocionais. A violência sexual é toda ação que obriga a mulher a manter relações sexuais sem a expressão da sua vontade, mediante o uso da força física, coerção ou intimidação psicológica, o que vai de certa forma desqualificar a mulher e conseqüentemente contribuir para sua baixa estima. Nesse sentido, a violência é entendida como forma cruel e perversa que contribui para a depreciação ou desvalorização da dignidade do ser da mulher, coisificando-a. Essa é,

portanto, uma forma perversa de controle e de poder masculino, que se apodera da liberdade e da dignidade do ser da mulher e a transforma em mero objeto da satisfação e do desejo do homem⁴². Sexo forçado em todas as suas formas, que vão desde a violação de obrigações econômicas e culturais para manter relações sexuais não desejadas aumenta o risco de lesões micro e, portanto, de contrair o HIV ou outras infecções sexualmente transmissíveis³⁵.

A imagem hipererotizada da mulher negra e a dupla opressão de gênero e raça aparecem como eixo para um olhar crítico sobre a disseminação do HIV/Aids nesse grupo. A mulher negra é modelada, segundo denunciam as militantes negras, pelo estigma de um corpo tido e visto como passivo, sobre o qual pode ser exercida a violência sexual¹⁰.

O uso de drogas injetáveis através de materiais compartilhados é responsável por muitos casos notificados de contaminação pelo HIV. A situação é preocupante uma vez que estes números estão em ascensão, e esta via de transmissão vem sendo responsabilizada pela alteração contínua do perfil da epidemia. Além disso, a rápida expansão do uso de drogas, como o *crack*, e sua associação com a prostituição e a violência, são fatores adicionais de vulnerabilidade das pessoas para aquisição das DST/Aids. O panorama atual do uso de drogas mostra que as mulheres ainda subestimam o consumo destas pelos seus parceiros, isto porque não os veem como um fator de risco para a aquisição do HIV. Quanto ao álcool, este não é entendido como um fator de risco, propriamente dito, mas sim como uma condição ou um marcador que pode deixar a pessoa vulnerável a outros possíveis fatores de risco⁴¹.

A tendência, entre as usuárias de drogas, de manter relacionamentos afetivos e sexuais com homens, também, usuários de drogas. Venda do corpo pela droga com o risco de contrair AIDS se dá pela revelação de que, geralmente, este tipo de transação ocorre sem adoção de medidas de sexo seguro, seja pelo efeito da droga no organismo, pela falta de acesso ao preservativo ou, ainda, pela dificuldade de incorporação dessa informação. Embora os efeitos das drogas no organismo apareçam como um fator que dificulta a adoção do uso de preservativo, as mulheres revelaram não adotar medidas de sexo seguro, independente de estar ou não sob efeito das drogas. Para elas, a não-incorporação dessa medida preventiva ocorre muito mais por resistências pessoais e do parceiro⁴³.

Mulheres com baixas condições socioeconômicas e com grau de escolaridade pouco expressivo, foram sendo contaminadas pelo HIV, vítimas de um pensamento hegemônico de invulnerabilidade feminina³⁵. A dificuldade em negociar sexo seguro associada à pobreza, desemprego, baixa renda e acesso a bens e serviços^{30,39}, ausência de vínculos afetivos sólidos e continuados, expulsão da casa da família de origem e da escola, exposição à violência, institucionalização, uso de drogas, criminalidade e discriminação são fatores de vulnerabilidade feminina ao HIV⁴⁰.

Fala da pauperização da doença, no sentido de haver uma incidência maior de casos de AIDS nas populações de menor nível socioeconômico e as mulheres, em geral as mais pobres e com grau de escolaridade pouco expressivo, não tendo acesso a informações adequadas ficam dependentes exclusivamente dos conhecimentos da sabedoria popular, o que as leva a criarem fantasias e medos em relação ao próprio corpo. O incremento da participação feminina nos números da epidemia traz consigo questões outras, como a falta de proteção para com a mulher, evidenciadas por limitações tanto nas relações interpessoais, como na condição econômica e social²⁴.

Marcadas por concepções enraizadas sobre papéis masculino e feminino, essas mulheres acabam por entenderem certas dinâmicas de vida como lógicas, corretas e imutáveis. Dessa forma, pode-se entender como certos comportamentos dos homens permanecem intocados, mesmo quando criticados e, por vezes, envolvidos num desejo de que fossem diferentes. No contexto familiar, essas esposas entendem seu papel como natural e desejado por todas as outras mulheres, sem questionamentos ou críticas explícitas, onde qualquer turbulência que surja na relação é encarada como uma situação prevista²².

A partir desses aspectos, pode-se sugerir que mulheres casadas, principalmente as que apresentam pouca escolaridade e possuem nível socioeconômico baixo, tendem a reconhecer o HIV/AIDS como uma possibilidade distante de suas vidas. Essas mulheres muitas vezes, encontram-se envolvidas em definições e conceitos que pouco esclarecem e mais confundem a percepção que têm de risco de contaminação²⁴.

Na perspectiva da vulnerabilidade, não seriam apenas os efeitos da pobreza e de desigualdade econômica, traduzidos na falta de acesso a bens e serviços, os responsáveis pela heterogeneidade nos perfis de morbimortalidade entre os diversos grupos humanos. Diferentes mecanismos de exclusão social, discriminação e opressão relacionados ao gênero, à etnia, à faixa etária e ao modo de exercer a sexualidade também interferem no grau de saúde das populações, ao facilitar a ocorrência de alguns agravos ou ao dificultar o acesso aos meios para a sua prevenção e cuidado⁴⁵. A vulnerabilidade de um grupo à infecção pelo HIV e ao adoecimento é resultado de um conjunto de fatores e características que levam a contextos de vulnerabilidade político, econômico e socioculturais que ampliam ou diluem o risco individual^{46,47}. Observou-se que em alguns estudos desta revisão os fatores de vulnerabilidade tanto apareceram isolados por estudo, como relacionados em outros.

Conclusão

A busca de estudos sobre vulnerabilidades de mulheres ao HIV/aids permitiu conhecer uma significativa produção sobre o tema e concluir que as pesquisas acerca da inter-relação de fatores que podem levar a contextos de vulnerabilidades tem sido uma grande preocupação para os estudiosos sobre HIV/aids. Os fatores associados às vulnerabilidades apresentados nesta revisão permitem aprofundar os conhecimentos e possibilitam contribuir para o desenvolvimento de outras pesquisas.

Faz-se necessário pontuar algumas limitações deste estudo como resumos com estrutura incompleta, artigos não disponíveis na íntegra e repetições dos mesmos artigos nas bases de dados após o cruzamento, podendo ter influenciado na exclusão dos artigos.

Os estudos analisados evidenciam que discutir as vulnerabilidades de mulheres ao HIV/aids implica também em discutir sobre valores individuais ou de grupo, crenças, sexualidade, etnia, situação social, cultural, econômica, comportamentos de risco que estão levando as mulheres a serem contaminadas cada vez mais, aumentando a epidemia da doença.

Recomenda-se o desenvolvimento de outros estudos sobre contextos de vulnerabilidades de mulheres ao HIV/aids, uma vez que, os fatores de vulnerabilidades isolados ou inter-relacionados estão levando a esses contextos, além de uma ampliação e sofisticação dos programas de prevenção para que essas mulheres tenham mais acesso aos meios para sua prevenção e cuidado.

CONCLUSÃO

A busca de estudos sobre vulnerabilidades de mulheres ao HIV/aids permitiu conhecer uma significativa produção sobre o tema e concluir que as pesquisas acerca da inter-relação de fatores que podem levar a contextos de vulnerabilidades tem sido uma grande preocupação para os estudiosos sobre HIV/aids. Os fatores associados às vulnerabilidades apresentados nesta revisão permitem aprofundar os conhecimentos e possibilitam contribuir para o desenvolvimento de outras pesquisas.

Faz-se necessário pontuar algumas limitações deste estudo como resumos com estrutura incompleta, artigos não disponíveis na íntegra e repetições dos mesmos artigos nas bases de dados após o cruzamento, podendo ter influenciado na exclusão dos artigos.

Os estudos analisados evidenciam que discutir as vulnerabilidades de mulheres ao HIV/aids implica também em discutir sobre valores individuais ou de grupo, crenças, sexualidade, etnia, situação social, cultural, econômica, comportamentos de risco que estão levando as mulheres a serem contaminadas cada vez mais, aumentando a epidemia da doença.

Recomenda-se o desenvolvimento de outros estudos sobre contextos de vulnerabilidades de mulheres ao HIV/aids, uma vez que, os fatores de vulnerabilidades isolados ou inter-relacionados estão levando a esses contextos, além de uma ampliação e sofisticação dos programas de prevenção para que essas mulheres tenham mais acesso aos meios para sua prevenção e cuidado.

REFERÊNCIAS

- 1 Rodrigues-Júnior AL, Castilho EA. A epidemia de AIDS no Brasil, 1991-2000: descrição espaço-temporal. *Rev Soc Bras Med Trop*, 2004;37(4):312-7.
- 2 Braga ICC, Sousa CAC, Souza SR. The faces of vulnerability - Women, mother, HIV positive: Reflections on women health nursing. *Rev. de Pesq.: cuidado é fundamental Online* 2010. jan/mar. 2(1):572-582.
- 3 BRASIL, Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico - Aids e DST. Ano VII - nº 1 - 27ª a 52ª - semanas epidemiológicas - jul a dez de 2009.
- 4 Meyer DEE, Mello DF, Valadão MM, Ayres JRCM. Você aprende. A gente ensina? Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Cad Saude Publica*. 2006;22(6):1335-42.
- 5 Bertolozzi MR. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. *Rev Esc Enferm USP*.2009;43(2):1326-30.
- 6 Ayres JRCM. Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. *Interface: comunicação, saúde, educação*. 2002; 6(11):11-24.
- 7 Cooper HM. *The integrative research review: a systematic approach*. Beverly Hills (CA): Sage Publications; 1984.

- 8 Miranda-Ribeiro P, Simão AB, Caetano AJ, Lacerda MA, Torres MEA. Perfis de Vulnerabilidade Feminina ao HIV/aids em Belo Horizonte e Recife: comparando brancas e negras. *Saúde Soc.* 2010;19(2):21-35.
- 9 Carneiro WS, Rodrigues JA, Felix MR, Athayde ACR, Lôbo KMS, Vilela VLR. Percepção de vulnerabilidade feminina ao vírus da aids na estratégia de saúde da família. *DST - J bras Doenças Sex Transm.* 2009; 21(3):101-6.
- 10 López LC. Uma Análise das Políticas de Enfrentamento ao HIV/Aids na Perspectiva da Interseccionalidade de Raça e Gênero. *Saúde Soc.* 2011;20(3):590-603.
- 11 Rangel, T S A. Vivendo a contradição entre ser mulher e ser profissional no processo de cuidar de mulheres soropositivas para o HIV [Dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2010.
- 12 Guedes TG, Moura ERF, Paula AN, Oliveira NC, Vieira RPR. Mulheres monogâmicas e suas percepções quanto à vulnerabilidade a DST/HIV/AIDS. *DST - J bras Doenças Sex Transm.* 2009; 21(3):118-23.
- 13 Sousa MCP, Santo ACGE, Motta SKA. Gênero, Vulnerabilidade das Mulheres ao HIV/ Aids e Ações de Prevenção em Bairro da Periferia de Teresina, Piauí, Brasil. *Saúde Soc.* 2008; 17(2):58-68.
- 14 Souza SFMG. Vulnerabilidades ao HIV/AIDS no Contexto Brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. *Saúde Soc.* 2010;19(2):9-20.
- 15 Silveira MF, Béria JU, Horta BL, Tomasi E. Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e Aids em mulheres. *Rev Saúde Pública.* 2002;36(6):670-7.
- 16 Preussler GMI, Dezoti MVC, Rubim PEN. Preservativo feminino: uma possibilidade de autonomia para as mulheres HIV positivas. *Rev Bras Enferm.* 2003;56(6):699-701.
- 17 Silva C M. A percepção de mulheres, em relacionamento estável, quanto à vulnerabilidade para contrair DST/AIDS [Dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2008.
- 18 Silva CM, Lopes FMVM, Vargens OMC. A vulnerabilidade da mulher idosa em relação à AIDS. *Rev Gaúcha Enferm.* 2010;31(3):450-7.
- 19 Morales AU, Barreda PZ. Vulnerabilidad al VIH en mujeres en riesgo social. *Rev Saúde Pública.* 2008;42(5):822-9.
- 20 Santos NJS, Barbosa RM, Pinho AA, Villela WV, Aidar T, Filipe EMV. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. *Cad Saude Publica.* 2009;25(2):321-33.
- 21 Figueiredo MAC, Terenzi N M. Relações conjugais de parceiros hiv soropositivos concordantes: uma visão masculina. *Psicol Estud.* 2008;13(4):817-25.
- 22 Nascimento, AMG. Representação social e vulnerabilidade feminina em tempos de aids [Dissertação]. Recife (PE): Fundação Oswaldo Cruz; 2003.
- 23 Maliska ICA, Souza MIC, Silva DMGV. Práticas sexuais e o uso do preservativo entre mulheres com HIV/AIDS. *Cienc Cuid Saude.* 2007;6(4):471-8.
- 24 Nascimento AMG, Barbosa CS, Medrado B. Mulheres de Camaragibe: representação social sobre a vulnerabilidade feminina em tempos de AIDS. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2005;5(1):77-86.
- 25 Borba KP, Clapis MJ. Mulheres profissionais do sexo e a vulnerabilidade ao HIV/AIDS. *DST - J bras Doenças Sex Transm.* 2006;18(4):254-8.
- 26 Pascom ARP, Szwarcwald CL. Desigualdades por sexo nas práticas relacionadas à infecção pelo HIV na população brasileira de 15 a 64 anos, 2008. *Cad Saúde Pública.* 2011; 27(1):27-35.
- 27 Silva CM, Vargens OMC. A percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DST/HIV. [Rev Esc Enferm USP.](#) 2009;43(2):401-6.
- 28 Barrientos JE, Bozon M, Ortiz E, Arredondo A. HIV prevalence, AIDS knowledge, and condom use among female sex workers in Santiago, Chile. *Cad Saúde Pública.* 2007; 23(8):1777-84.
- 29 Ribeiro KCS, Silva J, Saldanha AAW. Querer é Poder? A Ausência do Uso de Preservativo nos Relatos de Mulheres Jovens. *DST - J bras Doenças Sex Transm.* 2011; 23(2):84-9.

30 Saldanha, AAW. Vulnerabilidade e construções de enfrentamento da soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamento estável [Tese]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2003.

31 Franco, Maria Helena. Mulheres e HIV/aids: um estudo de recepção radiofônica [Tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2010.

32 Maia C, Guilhem D, Freitas D. Vulnerabilidade ao HIV/Aids de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável. Rev Saúde Pública. 2008;42(2):242-8.

33 Silva VN, D'Oliveira AF, Mesquita F. Vulnerabilidade ao HIV entre mulheres usuárias de drogas injetáveis. Rev Saúde Pública. 2007;41(2):22-30.

34 Cechim PL, Perdomini FRI, Quaresma LM. Gestantes HIV positivas e sua não-adesão à profilaxia no pré-natal. Rev Bras Enferm. 2007;60(5):519-23.

35 Escobar MCA, Álvares AT, Álvares AYT, León JAA, Fleitas LM. El SIDA en la mujer: fatalidad o vulnerabilidad. Rev Méd Electrón. 2010; 32(5).

36 Torres ZL, Sandra Marín O, López GA, Flores RL, Rodríguez MR. Vulnerabilidad a infecciones de transmisión sexual y SIDA en mujeres en situación de desplazamiento forzado. Invest. educ. enferm. 2010;28(1):11-22.

37 Hernandez-Rosete D, Garcia OM, Bernal E, Castañeda X, Lemp G. Migración y ruralización Del SIDA: relatos de vulnerabilidad en comunidades indígenas de México. Rev Saúde Pública. 2008;42(1):131-8.

38 Passador L H. "Tradição", pessoa, gênero e DST/HIV/AIDS no Sul de Moçambique. Cad Saúde Pública. 2009;25(3):687-93.

39 Albuquerque VS, Moço ETSM, Batista CS. Mulheres Negras e HIV: determinantes de vulnerabilidade na região serrana do estado do Rio de Janeiro. Saúde Soc. 2010;19(2): 63-74.

40 Venereo DCO, Ramírez CS, Martínez ALV. Las mujeres y el VIH/SIDA: ¿Por qué un problema?. Rev haban cienc méd. 2009;8(5):113-20.

41 Gir E, Canini SRMS, Carvalho MJ, Palos MAP, Reis RK, Duarte G. A parceria sexual na visão de mulheres portadoras do vírus da imunodeficiência humana - HIV. DST - J bras Doenças Sex Transm. 2006;18(1):53-7.

42 Riscado J L S, Oliveira M A B, Brito Â M B B. Vivenciando o Racismo e a Violência: um estudo sobre as vulnerabilidades da mulher negra e a busca de prevenção do HIV/aids em comunidades remanescentes de Quilombos, em Alagoas. Saúde Soc. 2010;19(2):96-108.

43 Oliveira JF, Paiva MS. Vulnerabilidade de mulheres usuárias de drogas ao hiv/aids em uma perspectiva de gênero. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2007;11(4):625-31.

44 Lopes F, Buchalla CM, Ayres JRMC. Mulheres negras e não-negras e vulnerabilidade ao HIV/Aids no estado de São Paulo, Brasil. Rev Saúde Pública. 2007;41(2):39-46.

45 Carvalho, MEC, Carvalhaes FF, Cordeiro RP. Cultura e subjetividade em tempos de AIDS. Associação Londrinense Interdisciplinar de AIDS. 2005: 66-8.

46 Buchalla CM, Paiva, V. Da compreensão da vulnerabilidade social ao enfoque multidisciplinar. Rev Saúde Pública. 2002;36(4):108-16.

47 Strazza L, Azevedo RS, Carvalho HB, Massad E. The vulnerability of Brazilian female prisoners to HIV infection. Braz. J. Med. Biol. Res. 2004; 35(5):771-6.

Recebido em: 01/08/2015
Revisão requerida: não
Aprovado em: 01/12/2015
Publicado em: 30/12/2015

Contato do autor correspondente:
Greicy Kelly Gouveia Dias Bittencourt
João Pessoa - PB - Brasil
Email: alfaleda@hotmail.com