



II Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población

Guadalajara, México, 3 – 5 de Septiembre de 2006

**La demografía latinoamericana del siglo XXI
Desafíos, oportunidades y prioridades**

Perfis de risco de infecção de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – Aids e Infecções Sexualmente Transmissíveis: Uma análise comparativa entre as mulheres residentes em Natal (Brasil) e La Paz (Bolívia).

Lara de Melo Barbosa

Departamento de Estatística/UFRN.
Grupo de Estudos Demográficos – GED
lara@ccet.ufrn.br

Moisés Alberto Calle Aguirre

Departamento de Estatística/UFRN.
Grupo de Estudos Demográficos - GED

Mesa 02. Fecundidad y Salud Reproductiva
Sesión 02.2.

PERFIS DE RISCO DE INFECÇÃO DE SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA – AIDS E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS: UMA ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE AS MULHERES RESIDENTES EM NATAL (BRASIL) E LA PAZ (BOLÍVIA)*

**Lára de Melo Barbosa*
Moisés Alberto Calle Aguirre***

1 Introdução e objetivos

Uma nova onda de preocupação permanente dos últimos 20 anos, não apenas da comunidade de pesquisadores acadêmicos, mas também, de organismos de governo e organizações internacionais voltadas ao cuidado da saúde da população em geral, é sem dúvida, o aumento da epidemia do Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – Aids. Sem respeitar qualquer fronteira, a epidemia da Aids transforma-se no "mal do século". No Brasil, essa epidemia se faz notar no início da década de 1980 (Sanches, 1999) e na Bolívia em 1984 com o anúncio dos primeiros casos (Ministério de Saúde, 2002).

A epidemia de Aids, caracterizada segundo uma dinâmica de contínua transformação, vem atingindo mais de perto novos segmentos populacionais - de forma crescente, estratos sociais menos favorecidos -, além de estar chegando a cidades onde, até então, sua presença não havia sido registrada (Castilho et al., 2000)

Nesse quadro, cabe a todas as forças sejam pesquisadores e instituições nacionais e internacionais relacionados com a saúde, monitorar e analisar de forma ininterrupta essas modificações, de modo a auscultar as novas tendências da epidemia, rever estimativas e propor estratégias preventivas, éticas, pragmáticas e culturalmente apropriadas. A atual epidemia com que nos defrontamos é bastante complexa, resultante da existência de subepidemias regionais ou definidas conforme a natureza das diferentes interações sociais. Cabe, portanto, avaliá-la sob perspectivas diversas e complementares, renovando e refinando permanentemente seus instrumentos de análise e arcabouço conceitual.

Este é o espírito que governa a realização do presente artigo e constitui-se em um dos esforços de parceria mais recentes entre pesquisadores do Brasil e Bolívia, dado que, embora, contextos socioeconômicos e culturais diferentes, o problema é o mesmo. Assim, os resultados estão orientados a fortalecer e motivar novas estratégias e mecanismos que ajudem a enfrentar o problema com maior vigor e sucesso, aportando ao conhecimento e prevenção da Aids e das Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST.

As considerações acima citadas desbordam-se em dois campos de reflexão: i) o uso de métodos contraceptivos e ii) o Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – Aids e as Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST

Com relação ao primeiro, o Nordeste do Brasil destaca-se pelas mulheres unidas ter atingido um nível de uso de métodos contraceptivos quase do 70% em 1996 (BEMFAM, 1997). Já no caso da Bolívia a percentual de mulheres unidas que usam algum método contraceptivo chegou quase aos 60% em 2003 (INE, 2004).

* Trabajo presentado en el II Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, realizado en Guadalajara, México, del 3 al 5 de septiembre de 2006. Este artículo fue desarrollado con el apoyo del CNPq y FAPERN.

* Professora Adjunta do Departamento de Estatística/UFRN.

* Pesquisador do Departamento de Estatística/UFRN.

Todavia, observando a estrutura do tipo de método se descobre que o mais utilizado entre as mulheres unidas da Região do Nordeste do Brasil é a esterilização feminina que segundo Perpétuo (1996) é um dos mais altos, de 37,5% em 1980, passando para 43,9% em 1996. No caso das mulheres unidas da Bolívia, a estrutura do tipo de método destaca o ritmo/abstinência (19,3%), seguido de longe pelo DIU (10,2%), esterilização feminina (6,5%) e preservativo (3,9%).

Essa ampla prevalência da esterilização feminina pode configurar no Nordeste do Brasil, segundo Berquó (1989), uma inacessibilidade a outros métodos anticoncepcionais.

Adicionalmente, estudos salientam a dificuldade das mulheres esterilizadas em utilizar-se de um método de barreira para prevenção contra as IST e Aids (Fox et al., 1995 apud Vieira et al., 1999).

No caso da Bolívia, o amplo uso do ritmo/abstinência como principal método contraceptivo também pode estar indicando que uma expressiva fração da população de mulheres unidas não tem acesso adequado ao planejamento familiar e conseqüentemente estariam com necessidades de anticoncepção insatisfeitas, além de serem elevadas as taxas de falha e descontinuidades.

Embora a estrutura do uso de métodos contraceptivos das mulheres bolivianas que destaca o ritmo/abstinência e DIU, diferente ao que apresentam as mulheres da Região do Nordeste brasileiro, que destaca a esterilização; em ambos contextos o uso dos métodos de barreiras contra o HIV e as IST é reduzido. Fato que estaria mostrando o maior risco e vulnerabilidade ao qual as mulheres unidas tanto da Bolívia quanto da Região do Nordeste brasileiro estariam mais expostas não apenas às infecções sexualmente transmissíveis (IST), mas também a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS).

Ditas considerações constituem a ponte para abordar o segundo campo de reflexão do artigo. Nesse quadro, nos últimos anos, uma questão que faz parte da preocupação dos estudiosos que abordam a questão do avanço do uso da esterilização tem sido a evolução da epidemia da Aids no Brasil, esta última, preocupação também sentida na Bolívia.

O Brasil é um dos países em que o número de casos de Aids é dos mais elevados do mundo, o que, em parte, se deve à dimensão de sua população. O Ministério da Saúde registrou, até 2005, mais de 371 mil casos, ainda que a evolução da incidência mostre uma tendência recente à estabilização nas taxas de incidência de novos casos de HIV/Aids (Programa Nacional de DST e Aids). Por outro lado, é importante salientar que o perfil epidemiológico da Aids no Brasil tem experimentado diversas mudanças ao longo dos anos. Nos últimos anos, o aumento do número de notificações de casos de Aids tem, como causa principal, a transmissão via relação heterossexual, fenômeno denominado “heterossexualização” da epidemia (Castilho & Szwarcwald, 1998). Como conseqüência desse processo, evidencia-se um crescente número de casos de infecção pelo HIV entre as mulheres, tornando-se, no Brasil evidente o processo denominado de “feminização da Aids” (Cohn, 1997).

Tendência observada também no caso da Bolívia, que desde a notificação do primeiro caso de Aids em 1984, tem-se registrado até agosto 2004, 1.575 pessoas com Aids (Programa Nacional de ITS-SIDA – Bolívia, 2004). A mesma fonte revela que nos primeiros 10 anos da epidemia, a razão de homem/mulher era de 7/1, ou seja, para cada 7 homens uma mulher se notificou com Aids já na atualidade a razão de infecção homem/mulher é de 3/1. Em quanto à idade dos afetados, nos primeiros anos da epidemia, o grupo etário mais afetado foi de 20 a 49 anos, com 86% dos casos. Nos últimos anos o grupo mais afetado é de 25 a 35 anos, embora o grupo de 15 a 24 anos se está incrementando cada vez mais. Todavia o 87% dos casos foram

infectados através de relações sexuais, o resto foi pela via de transfusões de sangue, uso de seringas e agulhas contaminadas. A transmissão perinatal, de mãe para filho 2,5%.

Diante deste cenário, o objetivo do trabalho é o de contribuir para o conhecimento das características das condições sócio-demográficas, do nível de conhecimento sobre a Aids e IST e das atitudes das entrevistadas com relação aos mecanismos de transmissão e prevenção da infecção pelo vírus HIV entre mulheres unidas. Pretende-se também chamar atenção para a questão da feminização da Aids, identificando os valores, atitudes, crenças e comportamentos de risco para a infecção pelo vírus Aids entre as mulheres. Buscar-se-á, então, traçar um quadro comparativo da vulnerabilidade individual à Aids das mulheres residentes na cidade de Natal – capital do Estado do Rio Grande do Norte, localizado no Nordeste do Brasil e das residentes na cidade de La Paz – Capital do Departamento de La Paz, localizado na região Plano Alto da Bolívia.

Dessa forma, o presente artigo busca, a partir da construção de tipologias de vulnerabilidade, analisar o comportamento das mulheres unidas de 15 a 49 anos residentes na cidade de Natal (Brasil) e em La Paz-Capital de departamento (Bolívia) frente aos riscos associados à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids).

2 Bases de dados e procedimentos metodológicos

Os dados e métodos empregados utilizaram as informações geradas pela pesquisa intitulada “Comportamento sexual e o risco de infecção pelo HIV entre as mulheres esterilizadas e não esterilizadas” desenvolvida pelo Departamento de Estatística da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), em 2005. Ao todo foram entrevistadas 470 mulheres unidas residentes na cidade de Natal com idades entre 15 e 49 anos.

Para os dados da Bolívia a fonte de informação é a “Encuesta Nacional de Demografía y Salud”, realizada em 2003 pelo Instituto Nacional de Estadística (INE). Um dos temas que considera esta pesquisa é o referente ao conhecimento e prevenção de HIV/Aids, foco de análise do presente artigo. O número de mulheres unidas entrevistadas para o Departamento de La Paz foi de 2.281 entre 15 a 49 anos, das quais 406 mulheres unidas correspondem a “La Paz-Capital de departamento”.

Tomando em conta essas fontes de informações, selecionaram-se variáveis relativas à atividade sexual e às características sócio-demográficas das mulheres residentes em Natal (Brasil) e La Paz-Capital (Bolívia), e considerando as variáveis disponíveis nas pesquisas, de forma a se delinear perfis de maior/menor vulnerabilidade à infecção pelo HIV. Ressalte-se que, no presente estudo, somente foram incluídas mulheres que pertenciam ao grupo etário de 15 a 49 anos em união.

2.1 O Método Grade of Membership (GoM)

O método de GoM (Grade of Membership) foi desenvolvido a partir das teorias dos conjuntos nebulosos de Zadeh (1965) e é uma técnica de classificação multivariada (Manton et al., 1994).

A maioria dos métodos estatísticos, que tem como pano de fundo a teoria dos conjuntos bem definidos, pressupõe que os indivíduos ou eventos são organizados em conjuntos de natureza exata onde um elemento pertence ou não a um determinado conjunto. Entretanto, alguns autores chamam a atenção para o fato de que muitas das experiências humanas ou eventos não são duais, não podendo ser classificadas dicotomicamente como verdadeiras ou falsas, sim ou não, branco ou preto, bom ou ruim, etc.

Assim, de acordo com Manton et al (1994) a lógica nebulosa, com base na teoria dos conjuntos nebulosos, tem se mostrado um instrumento mais adequado para tratar imperfeições

da informação do que a teoria das probabilidades. Ou seja, esses autores argumentam que os métodos de classificação nebulosa são os mais adequados em situações em que os indivíduos são membros parciais de múltiplos conjuntos. A maioria das situações ocorridas no mundo real, quando da definição de características dos indivíduos, englobam assertivas ditas nebulosas.

Nesse sentido, por basear-se na teoria dos conjuntos nebulosos, o método GoM caracteriza-se por considerar que os indivíduos ou eventos não se organizam em conjuntos bem definidos, mas sim que podem pertencer parcialmente a múltiplos conjuntos com distintos atributos, sendo assim, um indivíduo/evento pode ter diferentes graus de pertinência a múltiplos conjuntos, assumindo para cada um deles diferentes valores, ou graus de pertinência podem variar entre 0 (zero) e 1 (um) inclusive. Lacerda et al. (2005) ressaltam uma das grandes vantagens do método de GoM:

“... métodos de natureza multivariável são muito úteis para a redução de dados, acrescentando à interpretação dos resultados quando baseados em muitas variáveis originais” (Lacerda et al., 2005, p.116)

Citando Cerqueira (2004) e Manton e Vertrees (1984), Lacerda et al. (2005) acrescentam que uma outra importante vantagem do GoM é a possibilidade de representar, como um componente explícito do modelo, a heterogeneidade inerente à população em estudo.

Em linhas gerais, o método estima, a partir de um modelo de probabilidade multinomial, dois tipos de parâmetros: um primeiro de associação, g_{ik} , que representa o grau em que cada elemento i pertence a um k -ésimo conjunto e um outro de estrutura, λ_{kjl} , que fornece a probabilidade de cada categoria de cada variável j em cada perfil k que, por sua vez, definem as características dos perfis extremos k . Segundo Manton et al. (1994), o modelo de probabilidade multinomial pode ser escrito da seguinte forma:

$$L(y) = \prod_{i=1}^I \prod_{j=1}^J \prod_{l=1}^{L_j} \left(\sum_{k=1}^K g_{ik} * \lambda_{kjl} \right)^{y_{ijl}}$$

onde: I é o número de observações na amostra; J o número de variáveis incluídas, a dimensão do espaço de observações; L_j o número de categorias de cada uma das J variáveis, K é o número de perfis extremos.

Neste estudo, a condicionante para caracterizar os perfis considerou como regra decisória se a estimativa de fosse significativamente maior do que a frequência marginal. Preenchida tal condição, considera-se que essa categoria seja característica dos elementos do perfil k . Neste trabalho, tomou-se a significância da estimativa, para a constituição de um perfil, se fosse maior que 1, 2 vezes a respectiva frequência relativa marginal. Se é igual a 1, essa categoria foi considerada como característica dos elementos do perfil extremo k . Ou seja, uma categoria de resposta só seria característica definidora de um perfil extremo se a razão entre o seu e a frequência marginal for igual ou superior a 1, 2.

De posse da caracterização dos perfis extremos, verifica-se os resultados relativos ao grau de pertinência, pois faz-se necessário expandir o número de perfis, já que alguns indivíduos podem, simultaneamente, pertencer parcialmente a mais de um perfil extremo. Com tal finalidade de buscar-se o enquadramento de todos os indivíduos a algum perfil, dividiu-se os escores de pertinência em quartis e considerou-se “predominante do perfil k ” aqueles com 75% ou mais das características de um determinado perfil k , ou seja, $g_{ik} \geq 0,75$. Também foram considerados “predominantes do perfil k ” aqueles cujos escores situaram-se entre 0,50 e 0,74, desde que os escores dos demais perfis estivessem situados no primeiro quartil.

Expressões booleanas estabelecidas por Sawyer et al. (2000) foram tomadas emprestadas e definiram os tipos considerados mistos.

Foram considerados “amorfos”, aqueles perfis que não se aproximaram de nenhum dos anteriores, ou seja, aqueles cujos escores dos graus de pertinência aos quatro perfis eram inferiores a 0,50.

3 Perfis de vulnerabilidade relativos às mulheres unidas de 15 a 49 anos: a cidade de Natal (Brasil) e La Paz-Capital de departamento (Bolívia)

Com relação à decisão quanto à escolha do número de perfis a serem gerados em cada modelo, essa escolha é dependente das hipóteses que se tem acerca dos grupos que podem ser gerados. Neste caso de construção da tipologia sobre a vulnerabilidade ao HIV, levando-se em conta os atributos individuais das mulheres, optou-se por estabelecer quatro perfis para ambos contextos pois esse número de perfis foi considerado satisfatório.

Assim, foram considerados para identificação das características das mulheres quatro perfis extremos. Destaca-se que λ_{kjl} as características específicas de cada um dos quatro perfis são estabelecidas pela comparação entre os valores de λ_{kjl} e a frequência relativa das respostas na mesma categoria. Neste estudo, se λ_{kjl} for superior a 1,2 considera-se que uma categoria de resposta de uma determinada variável é característica de um determinado perfil.

Cabe observar que o fato de uma categoria de uma variável não ser característico de nenhum dos perfis estabelecidos no trabalho pode simplesmente se dever a sua alta prevalência em todos eles, não implicando, portanto, em ausência dessa característica em um perfil, pode ser o caso, por exemplo, da variável “Já ouviu falar em Aids”. Sawyer et al. (2000) postulam que *“a ausência de uma determinada categoria pode significar que ela é tão prevalente, na amostra, que não particulariza nenhum dos perfis”*.

Nesse sentido, a partir dos resultados gerados pelo método GoM para as mulheres residentes na cidade Natal/RN(Brasil) e La Paz-Capital de departamento (Bolívia), pode-se delinear os seguintes perfis, segundo suas características, como mostram os resultados apresentados no Quadro 1.

Quadro 1- Perfis de vulnerabilidade ao HIV, referentes às mulheres unidas de 15 a 49 anos residentes na Capital Natal/RN (Brasil) e La Paz-Capital de departamento (Bolívia)

Natal - Rio Grande do Norte Brasil	“La Paz – Capital de departamento” Bolívia
<p>O Perfil extremo 1 congrega mulheres com idades acima de 40 anos, estão unidas há mais de 14 anos, têm entre 2 a 3 filhos ou mais de 3 filhos, apresentam baixos níveis educacionais, não têm trabalho remunerado. Uma parte das mulheres afirmaram que a renda familiar era de até 3 salários mínimos e outras declararam ter uma renda familiar de 3 a 10 salários mínimos. Seu primeiro intercuro sexual se deu entre 15 e 17 anos. Não usaram nenhum método anticoncepcional na primeira relação sexual. Essas mulheres estão esterilizadas,</p>	<p>O Perfil extremo 1 congrega mulheres entre 40 a 49 anos que apresentam baixos e médios níveis educacionais, têm mais de 4 filhos, com mais de 20 anos de união, têm trabalho, a primeira relação sexual antes dos 17 anos e mulheres que não sabiam a idade quando da primeira relação. Essas mulheres estão esterilizadas, declarando, portanto, como método contraceptivo atual “outros métodos” ou o “não usa métodos”. Algumas mulheres afirmaram não ter feito uso do preservativo masculino durante o sexo e uma outra fração das mesmas declararam</p>

<p>declarando não terem feito uso de preservativo na última relação sexual e fazem parte de um conjunto de mulheres para as quais a questão do “motivo do não uso da camisinha na última relação sexual” ser o fato do parceiro ser fixo ou o parceiro não gostar ou ser esterilizada. Com relação à variável “autopercepção do risco de infecção pelo AIDS/HIV”, uma parte das mulheres declararam que o seu risco era “nenhum” e uma outra parte afirmaram que o seu risco era “alto”. Esse perfil ainda caracteriza as mulheres que declaram que solicitar ao marido o uso do preservativo masculino poderá admitir que está sendo traída ou traindo e ainda afirmaram que o homem é quem deve decidir se deve usar o preservativo masculino.</p>	<p>não saberem se usaram. Este é também o perfil de mulheres com mais de um parceiro ou não sabem. Também não sabem se existe algo que se possa fazer para evitar o HIV razão pela qual não sabem se usar preservativo reduz a chance de infecção pelo HIV. Com relação à variável “autopercepção do risco de infecção pelo AIDS/HIV” é característico deste perfil aquelas que declararam que seu risco é nenhum ou aquelas que afirmaram que seu risco seria alto.</p>
<p>O perfil extremo 2 é composto por mulheres com idades abaixo de 29 anos, uma parte dessas mulheres estão casadas há até 3 anos e outras com uniões que duram de 4 a 7 anos. É característico desse perfil aquelas mulheres de elevado ou médio nível educacional que declararam ter trabalho remunerado e cuja renda familiar é de 3 a 10 salários mínimos. Algumas das mulheres têm apenas um filho e outras não têm filhos e tiveram seu primeiro intercuro sexual depois dos 26 anos. Essas mulheres tiveram mais de um parceiro sexual e se autopercebem com nenhum ou baixo risco de infecção pelo AIDS/HIV, utilizavam a pílula ou o DIU como método anticoncepcional corrente, não usaram preservativo masculino na última relação sexual ou porque queriam engravidar ou porque utilizavam outro método e acha que o preservativo deve ser dispensado quando a mulher é casada.</p>	<p>O perfil extremo 2 é composto por mulheres com idades entre 30 e 39 anos, com uniões que duram de 10 a 19 anos. Sua escolaridade é baixa (primário incompleto) e declararam ter entre 2 a 3 filhos. Essas mulheres tiveram mais de um parceiro sexual, usam como método contraceptivo atual ou a “injeção/pílula” ou “métodos tradicionais” ou “outros métodos”, não usaram preservativo tanto “durante o sexo” como “na última relação sexual”. Declaram que nunca ouviram falar em AIDS razão pela qual não sabem se existe algo que se possa fazer para evitar o HIV. Com relação à variável “autopercepção do risco de contrair o AIDS/HIV”, é característico deste perfil aquelas que declararam não saber auto avaliar.</p>
<p>O perfil extremo 3 caracteriza-se por ser composto pelas mulheres com idades inferiores a 39 anos, estão em uniões que duram entre 4 e 15 anos ou não sabem, com escolaridade baixa (até o ensino médio incompleto), não têm trabalho remunerado e cuja renda familiar é inferior a 3 salários mínimos. Fazem parte de um conjunto de mulheres que têm apenas 1 filho, e a idade</p>	<p>O perfil extremo 3 agrega mulheres com idades inferiores a 29 anos, afirmaram estar em uniões que duram até 9 anos, algumas com alta escolaridade (superior) e outras com escolaridade intermediária (secundário incompleto) mas que não têm trabalho remunerado. Fazem parte desse perfil um conjunto de mulheres que não têm filhos ou têm apenas 1 filho. Afirmaram que o</p>

<p>em que tiveram o primeiro intercuro sexual foi antes dos 14 anos e não sabem o número de parceiros sexuais que tiveram na sua vida. Se autopercebem com “alto” ou “moderado” risco de infecção pelo AIDS/HIV, tendo como método anticoncepcional atual o preservativo ou o DIU, que também utilizaram preservativo masculino na última relação sexual. Afirmaram que o preservativo não deve ser dispensado quando a mulher é unida, discute o uso do preservativo com o parceiro, mas argumenta que a mulher que solicita o uso do preservativo pode estar admitindo ser traída ou estar traindo.</p>	<p>primeiro intercuro sexual ocorreu entre 15 e 17 anos de idade ou não sabem. Ainda declararam que tiveram mais de um parceiro sexual ao longo da vida e que ou não utilizam método contraceptivo ou utilizam a “injeção/pílula”, mas que afirmaram ter feito uso do preservativo masculino durante o sexo, mas que não usaram na última relação sexual. As mulheres que compõem esse perfil conhecem a AIDS, razão pela qual sabem que existe algo que se pode fazer para evitar AIDS/HIV, ainda declaram que usar o preservativo reduz a chance de infecção pelo AIDS/HIV.</p>
<p>O Perfil extremo 4 é o perfil das mulheres com idade superior a 30 anos, são de elevado nível educacional, cuja renda familiar é elevada (acima de 10 salários mínimos), com uniões de longa duração ou não sabem e têm entre 2 a 3 filhos. Essas mulheres tiveram sua primeira relação sexual com idades acima dos 18 anos de idade, utilizaram na primeira relação sexual a pílula com método anticoncepcional, tendo tido apenas um parceiro sexual na sua vida ou não sabem declarar quantos. Como método anticoncepcional atual afirmaram não utilizar nenhum método contraceptivo ou utilizaram “outros métodos”. Também compõe esse perfil mulheres que afirmaram não ter feito uso do preservativo masculino na última relação sexual pelo fato ou do parceiro não fixo/não precisa ou por outros motivos e declara que não discute o uso do preservativo com o parceiro.</p>	<p>O Perfil extremo 4 é o perfil das mulheres com idades entre 30 e 39 anos, com moderado nível educacional, cujo número de filhos é da ordem de 2 a 3 filhos, em uniões com duração de 10 a 19 anos. Essas mulheres tiveram sua primeira relação sexual com idades acima dos 18 anos e como método contraceptivo atual usam o “DIU” e o “preservativo masculino”. Estas mulheres estão esterilizadas, mas declararam ter feito uso do preservativo tanto durante o sexo como na última relação sexual e são bem informadas em termos da AIDS.</p>

Vale destacar que o método GoM permite a determinação de perfis extremos, assim como estabelece os graus de pertinência de cada uma das mulheres a cada um dos perfis, nesse sentido é possível identificar como as mulheres se inserem em relação a cada um dos quatro perfis considerados, tanto para o caso da Cidade de Natal/Brasil quanto para o caso de La Paz-Capital de departamento/Bolivia.

3.1 O caso da cidade de Natal/RN (Brasil)

Os resultados da aplicação GoM mostram que a unidade de análise de trabalho (mulheres unidas) não é muito heterogênea uma vez que, segundo as variáveis selecionadas, de um total de 470 mulheres, 93 mulheres, exibem escores GoM equivalentes a apenas um tipo extremo ($g_{ik}=1$), representando aproximadamente 20% do total de mulheres. As demais, 377 mulheres apresentam graus de pertinência a pelo menos dois tipos de perfis.

De acordo com os resultados apresentados na Tabela 1 pode-se identificar que a tipologia das mulheres residentes em Natal-RN exibe, preponderantemente, características do tipo “predominante 1” – perfil puro 1 - que contribui com 21,7% do total de casos; os perfis mistos com predominância deste tipo contribuem com 10,2% para o total de casos, o que resulta em que perfis onde o tipo 1 predomina representem 31,9% dos casos. O perfil denominado “predominante 2” apresenta-se como o segundo maior detentor de casos, com um percentual em torno de 22,6%, sendo que o perfil do tipo 2 responde por 12,17% e os perfis mistos com predominância do perfil 2, participam com 10,47%. Aproximadamente 19,8% das mulheres foram classificados como tendo características predominantemente do perfil 3. O tipo misto com predominância do perfil 3 participa com 11,1% do total de casos, enquanto 8,7% das mulheres consideradas são classificados como pertencentes ao perfil puro 3. Vale frisar que um número reduzido de mulheres não se configurou como pertencente a nenhum dos perfis estabelecidos, o que significa que apenas 12% das mulheres foram classificadas na categoria “amorfo”.

Tabela 1 - Tipologia das mulheres residentes em Natal/RN, segundo predominância de perfis

Predominância de Perfil	Frequência	%
Predominante 1	102	21,7
Predominante 1 Misto 1 com 2 (PM1-12)	6	1,3
Predominante 1 Misto 1 com 3 (PM1-13)	15	3,2
Predominante 1 Misto 1 com 4 (PM1-14)	27	5,7
Total	150	31,9
Predominante 2	57	12,1
Predominante 2 Misto 2 com 1 (PM2-21)	4	0,9
Predominante 2 Misto 2 com 3 (PM2-23)	27	5,7
Predominante 2 Misto 2 com 4 (PM1-24)	18	3,8
Total	106	22,6
Predominante 3	41	8,7
Predominante 3 Misto 3 com 1 (PM3-31)	15	3,2
Predominante 3 Misto 3 com 2 (PM3-32)	28	6,0
Predominante 3 Misto 3 com 4 (PM1-34)	9	1,9
Total	93	19,8
Predominante 4	26	5,5
Predominante 4 Misto 4 com 1 (PM3-41)	15	3,2
Predominante 4 Misto 4 com 2 (PM3-42)	13	2,8
Predominante 4 Misto 4 com 3 (PM1-43)	10	2,1
Total	64	13,6
Amorfo	57	12,1
Total	470	100,0

Os perfis “predominante 1” e “predominante 4” são compostos por mulheres com as seguintes características semelhantes: estão em uniões douradoras e afirmarem não ter feito uso do preservativo masculino na última relação sexual. Ainda apresentam como característica em

comum o motivo do não uso do preservativo masculino na última relação sexual que se refere ao fato de ter parceiro fixo/não precisar e ainda declaram que não discutem o uso do preservativo masculino/condom com o parceiro. Ressalte-se que a mais forte diferença entre os perfis “predominante 1” e “predominante 4” fica por conta da variável “nível educacional”. O tipo “predominante 1” agrega mulheres com baixos níveis de escolaridade, enquanto que o tipo “predominante 4” predominam as categorias dos mais altos níveis educacionais.

Em relação ao perfil “predominante 2”, as mulheres que o compõem são aquelas com idades abaixo de 29 anos em uniões mais recentes (até 7 anos), com elevados ou médios níveis educacionais, têm apenas um filho ou ainda não tem filhos, que se autopercebem com nenhum risco de infecção pelo AIDS/HIV. É o perfil no qual as mulheres afirmaram utilizarem a pílula ou o DIU como método contraceptivo atual e também declararam o não o uso do preservativo masculino na última relação sexual ou porque queriam engravidar ou porque usavam outro método. É característico também deste perfil aquelas que acham que o preservativo deve ser dispensado quando a mulher é unida.

Ressalte-se que os perfis “predominante 1”, “predominante 4” e “predominante 2” têm em comum agregarem as mulheres que não usaram o preservativo masculino na última relação sexual.

Por outro lado, as mulheres que congregam o perfil “predominante 3” são aquelas com idades inferiores a 39 anos, com escolaridade baixa, têm apenas um filho. Também fazem parte desse perfil aquelas que afirmaram se autoperceberam com “alto” ou “moderado” risco de infecção pelo HIV e por utilizarem o preservativo masculino como método contraceptivo, afirmaram ter feito uso de preservativo na última relação sexual. Caracterizam ainda estes perfis predominantes as mulheres que afirmaram que o preservativo não deve ser dispensado quando a mulher é unida, aquelas que declararam que discutem o uso do preservativo masculino com o parceiro, apesar de admitirem que a mulher que solicita o uso do preservativo pode estar admitindo ser traída ou estar traindo.

Alguns comentários acerca das tipologias merecem destaque, principalmente pela importância que têm para a identificação de populações foco de campanhas de prevenção do AIDS/HIV para a alocação de recursos na área de saúde e o planejamento das políticas de saúde sexual e reprodutiva.

Um primeiro ponto diz respeito à necessidade de desenvolver campanhas de incentivo ao uso de preservativo em grupos específicos. Este é o caso, por exemplo, de grupos compostos por mulheres unidas esterilizadas que afirmaram como motivo de não uso o fato de ter parceiro fixo/não precisar, pois, sabidamente, este fato, não necessariamente, as protege contra a infecção pelo HIV.

Assim, deve-se considerar a existência de grupos heterogêneos e específicos de mulheres mais vulneráveis ao HIV, que por motivos distintos, não usam o preservativo masculino como método de prevenção ao HIV e que em termos de poder de negociação do uso do preservativo com os seus parceiros encontram-se em situações desfavoráveis no exercício da sua sexualidade. Muitas vezes, as normas reguladoras das relações das mulheres com seus parceiros as restringem de se protegerem de doenças sexualmente transmissíveis e da Aids ou de se decidirem sobre o sexo seguro.

3.2 O caso de La Paz - Capital de departamento (Bolívia)

No caso de “La Paz-Capital de departamento/Bolívia” os resultados do GoM para os quatro perfis considerados, mostram que de um total de 406 mulheres residentes em “La Paz-Capital de departamento/Bolívia”, somente 50 mulheres, exibem escores GoM equivalentes a apenas um tipo extremo ($g_{ik}=1$), representando aproximadamente 12% do total de mulheres, fato que

sinaliza que a população é muito heterogênea. As demais, 356 mulheres apresentam graus de pertinência a pelo menos dois tipos de perfis.

A Tabela 2 sintetiza a tipologia das mulheres residentes em “La Paz-Capital de departamento” e os resultados da aplicação do GoM mostram que essas mulheres exibem, principalmente, características do tipo 4, ou seja o “predominante 4” que contribui com 15,3% do total de casos e os perfis mistos com predominância deste tipo contribuem com 17,7% para o total de casos, representando, portanto, em 33% dos casos. O segundo maior detentor de casos é o perfil denominado “predominante 3”, com um percentual em torno de 24,1%, sendo que o perfil do tipo 3 responde por 13,5% e os perfis mistos com predominância do perfil 3, participam com 10,6%. O perfil 1 responde por 14% dos casos, e por último o perfil 2 representa 14,8% dos casos. Aproximadamente 14% das mulheres não se configuraram como pertencente a nenhum dos perfis estabelecidos, o que significa que foram classificadas na categoria “amorfo”.

Tabela 2 — Tipologia das mulheres residentes em La Paz-Capital de departamento/Bolívia, segundo predominância de perfis

Predominância de Perfil	Frequência	%
Predominante 1	16	3,9
Predominante 1 Misto 1 com 2 (PM1-12)	20	4,9
Predominante 1 Misto 1 com 3 (PM1-13)	10	2,5
Predominante 1 Misto 1 com 4 (PM1-14)	14	3,4
Total	60	14,8
Predominante 2	25	6,2
Predominante 2 Misto 2 com 1 (PM2-21)	25	6,2
Predominante 2 Misto 2 com 3 (PM2-23)	4	1,0
Predominante 2 Misto 2 com 4 (PM1-24)	3	0,7
Total	57	14,0
Predominante 3	55	13,5
Predominante 3 Misto 3 com 1 (PM3-31)	2	0,5
Predominante 3 Misto 3 com 2 (PM3-32)	4	1,0
Predominante 3 Misto 3 com 4 (PM1-34)	37	9,1
Total	98	24,1
Predominante 4	62	15,3
Predominante 4 Misto 4 com 1 (PM3-41)	18	4,4
Predominante 4 Misto 4 com 2 (PM3-42)	10	2,5
Predominante 4 Misto 4 com 3 (PM1-43)	44	10,8
Total	134	33,0
Amorfo	57	14,0
Total	406	100,0

Os perfis “predominante 3” e “predominante 4”, que são os de maior expressão quantitativa, apresentam algumas características semelhantes, sendo constituídos pelas mulheres com melhores níveis educacionais e bem informadas em termos da Aids. A grande diferença é que em relação ao perfil “predominante 4”, as mulheres que o compõem, apesar de serem esterilizadas, utilizaram o preservativo masculino na última relação sexual, característica não presente entre as mulheres que compõem o perfil “predominante 3” que declararam não ter usado o preservativo.

Já os perfis “predominante 1” e “predominante 2” congregam mulheres com as seguintes características semelhantes: idade acima de 40 anos, em uniões de longa duração, com níveis de escolaridade modestos, afirmaram ter tido mais de um parceiro sexual por toda sua vida, a idade do primeiro relação sexual foi abaixo dos 17 anos ou não sabem, não usaram preservativo masculino na última relação sexual. As mulheres destes grupos também guardam semelhanças quanto á informações sobre a Aids, não sabendo, por exemplo, se existe algo que se possa fazer para reduzir a chance de infecção pelo HIV.

Tendo em conta tais características reveladas pelos perfis, estratégias específicas devem ser implementadas no sentido de adequar as necessidades que devem ser supridas com relação à prática de comportamento seguro às particularidades dos grupos específicos que compõem cada perfil. Ou seja, a partir da identificação das características de cada perfil seria desejável estabelecer-se campanhas com conteúdos e mensagens específicas e que focalizem de forma diferenciada estratégias de redução do risco de contrair o HIV apropriadas para os diferentes grupos. No caso do perfil “predominante 3”, que é aquele formado por mulheres com bons níveis educacionais e que tem conhecimento sobre a Aids e sabem como evitá-la, apesar do fato não usar o preservativo na relação sexual, estratégias de redução de risco devem ser diferentes daquelas que são necessárias quando se deseja reduzir risco de mulheres com característica que compõem o perfil “predominante 1”, por exemplo, que são as mulheres com idade acima de 40 anos, afirmam que ou não usam nenhum método anticoncepcional atual ou usam “outros métodos”, não utilizaram preservativos masculino na última relação sexual e que em termos de conhecimento sobre a Aids são mal informadas.

4 Considerações finais

Os resultados deste trabalho apontaram, para o caso de Natal/Brasil, que as mulheres participantes do perfil “predominante 1”, “predominante 2” e “predominante 4” merecem especial consideração pois apresentam características que as tornam mais vulneráveis à infecção AIDS/HIV e totalizam 68% das mulheres consideradas neste trabalho. Isto porque, por exemplo, o perfil 1 é constituído de mulheres que já estão esterilizadas, que afirmaram não ter feito uso do preservativo na última relação sexual e que não estão informadas dos riscos que correm em termos da AIDS. Além do fato de que esse perfil é característico de mulheres que se encontram em situações desfavoráveis no exercício da sua sexualidade no sentido de que nem discutem com o marido sobre o uso do preservativo.

No caso de La Paz–Capital de departamento/Bolívia, tendo em conta o perfil delineado das características sócio-demográficas e comportamentais das mulheres, pode-se concluir que ações de combate à infecção pelo HIV devem ser direcionadas majoritariamente para aquelas que participam com maior pertinência dos perfis 1, 2 e 3, e que totalizam 53% das mulheres considerados no trabalho, escolhendo-se como prioritários as mulheres que integram os perfis 1 e 2, pois são aquelas que conhecem muito pouco da Aids e, pelas características pessoais que exibem, necessitam de maior atenção.

Conseqüentemente, com base nessas considerações sugere-se para a população-alvo dos contextos estudados:

- Implantação e fortalecimento de programas de ações de saúde relacionados à prevenção da AIDS/HIV, culturalmente sensíveis e direcionados a população dos perfis neste estudo, específicos para cada um dos contextos estudados. Esses programas devem permanentemente informar e sensibilizar sobre AIDS/HIV, assim como também capacitar a população respeito à função protetora e uso correto do preservativo.

- Formular e estimular, em cada um dos contextos estudados, sobre o poder da negociação no uso do preservativo, direcionando a responsabilidade sexual e reprodutiva em programas dirigidos à população masculina.
- Promover em cada um dos contextos estudados, campanhas permanentes nos meios de comunicação de massa, como a televisão e jornais, que abordem a função protetora do preservativo e desestigmatizem seu uso, dado que ele ainda é visto como reflexo da falta de confiança.
- Este mecanismo estratégico deve ser desenvolvido, em cada um dos contextos estudados, dado que os dados deste estudo apontam à baixa frequência no uso do preservativo por parte da população estudada, como método de prevenção à infecção da AIDS/HIV. Essas campanhas devem também lidar, em ambos contextos, com a resistência masculina ao uso do preservativo.

5 Referências bibliográficas

- AYRES, J. R. C. M. et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: BARBOSA, R. M.; PARKER, R.; (Orgs). **Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1999. p. 49-72.
- BEMFAM-SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL. Pesquisa Nacional sobre demografia e saúde (1996). Rio de Janeiro; BEMFAM, 1997.
- BERQUÓ, E. A esterilização feminina no Brasil hoje, Campinas, 1989. (trabalho apresentado no Encontro Internacional Saúde da Mulher: Um Direito a Ser Conquistado. Campinas: Núcleo de Estudos Populacionais da Universidade Estadual de Campinas, NEPO/UNICAMP) (mimeo.)
- CASTILHO, E. A.; SZWARCOWALD, C. L. Mais uma pedra no meio do caminho dos jovens brasileiros: a AIDS. In: JOVENS acontecendo na trilha das políticas públicas. Brasília: CNPD, 1998. v.2, p.197-207
- CASTILHO, Euclides Ayres de, BASTOS, Francisco Inácio, SZWARCOWALD, Célia Landmann *et al.* **AIDS in Brazil: a changing epidemic**. *Cad. Saúde Pública*. [online]. 2000, vol.16 suppl.1 [cited 26 April 2006], p.04-05. Available from World Wide Web: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000700001&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0102-311X.
- COHN, A. Considerações Acerca da Dimensão Social da Epidemia de HIV/AIDS no Brasil. In: SIMPÓSIO satélite. a epidemia da AIDS no Brasil: situação e tendências. Brasília: Ministério da Saúde, 1997, p. 45-53.
- FOX, L. J., WILLIAMSON, N.E.; CATES, W. Jr.; DALLABETTA, G. Improving reproductive health: integrating STD and contraceptives services. **JAMWA**. v. 50, p. 129-136, 1995 apud VIEIRA, E. M. et al. Anticoncepção em tempos de AIDS. In: GALVÃO, L.; DÍAS, J. (Orgs). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. São Paulo:Hucitec;Population council, 1999.
- INE-INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. Bolívia: Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2003.
- LACERDA, M.A. et al. Mensuração e perfis de demanda insatisfeita por contracepção nos municípios de Belo Horizonte e Recife, 2002. **REBEP**, v. 22, n. 1, p. 113-129, 2005
- MANTON, K. G. et al. **Statistical applications using fuzzy sets**. New York: John Wiley and Sons, 1994. 312 p.

PERPÉTUO, I. H. O. Uma década de esterilização feminina no Nordeste. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 10, Caxambu, 1996. **Anais...** Belo Horizonte: UFMG/CEDEPLAR, 1996, p. 2611-2636.

SANCHES, Kátia Regina de Barros. **A AIDS e as mulheres jovens: uma questão de vulnerabilidade.** [Doutorado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1999. 143 p.

SAWYER, D. O. et al. Caracterização dos tipos de doadores de sangue em Belo Horizonte: heterogeneidade do homogêneo. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 12, 2000, CAXAMBU **Anais...** Belo Horizonte: ABEP, 2000 (CD-ROM).

ZADEH, L. A. Fuzzy sets: information and control, v.8, p.338-353, 1965.