

PERCEPCION DEL RIESGO DE LA INFECCION VIH ENTRE HOMBRES Y MUJERES CON INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL (ITS)

GENDER RISK PERCEPTION OF HIV INFECTION BETWEEN PATIENTS WITH SEXUAL TRANSMISSIBLE INFECTION (STI)

MARIA DO SOCORRO NANTUA EVANGELISTA*, MARIA MADALENA**, LEONOR DE LANNOY TAVARES***, ANA MARIA FERREIRA AZEVEDO**** e NINA VALERIANO DA FONSECA*****

RESUMEN

Objetivo: Conocer la percepción del riesgo de la infección VIH entre hombres y mujeres con infección sexualmente transmisible (ITS). **Metodología:** Se trata de una investigación del tipo descriptiva de corte transversal, realizada con 140 pacientes portadores de ITS en la Unidad Mixta de Salud del Distrito Federal (Brasil). Se analizaron los datos sociodemográficos, orientación sexual, número de parejas, ITS anterior, conocimiento sobre prevención del VIH, tipo de relación sexual, percepción de riesgo y estatus serológico de la infección VIH. Este estudio contó con la aprobación del Comité de Ética de la Secretaría de Salud del Distrito Federal (Parecer 071/04). El banco de datos fue realizado en los softwares *Access* y *SPSS*. **Resultados:** la mayoría de los entrevistados eran hombres, heterosexuales, solteros, entre 20 y 34 años (67,9%) y mayor nivel de instrucción. Las mujeres eran más jóvenes (20 a 29 años), heterosexuales, casadas/unidas consensualmente y menor escolaridad. Los hombres narraron mayor número de parejas (IC 95%:73,1-85,7), “siempre” escogieron métodos preventivos en una relación (IC 95%:74,1-86,5) y, tenían renta mas elevada, particularmente entre 4 y 10 sueldos mínimos. Las ITS más frecuentes fueron el Virus del Papiloma Humano (HPV) y Uretritis No-Gonocócicas (UNG) (IC 95%: 32,0-45,4 e IC 95%: 36,1-49,8), respectivamente. Sólo el 42,1% de los sujetos percibieron el riesgo de contraer el VIH y los hombres se clasificaron como más vulnerables al SIDA que las mujeres, 60,0% y 36,8%, respectivamente. Cerca de 2,4% de los hombres presentaban infección VIH. **Conclusión:** Los hombres percibieron y se expusieron más a la infección VIH que las mujeres, por otro lado, a pesar de la vulnerabilidad de ambos, las mujeres están más expuestas porque se protegen menos y subestiman el riesgo de la infección VIH, ampliando la probabilidad de contaminación con el virus.

Palabras claves: Percepción de riesgo, infección VIH, infecciones de transmisión sexual.

ABSTRACT

Objective: To know the AIDS risk perception among men and women with sexually transmittable infections (STI). **Methodology:** It's a kind of transversal research, made up with 140 patients, who have STI, attending the Health Mixed Unit of Distrito Federal (Brazil). Demographics and social data, sexual orientation, partners's number, any STI before, prevention AIDS knowledge, kind of sexual relationship, AIDS risk perception and infection status were analyzed. When the research was admitted by the ethics committee of Distrito Federal's health secretary (judgement 071/04), data's bank and analysis were analyzed by softwares *Access* and *SPSS*. **Re-**

* Prof. Dra., Universidade de Brasília e Universidade Católica de Brasília, SHIS QI 27 Conj. 10 Casa 8 Lago Sul Brasília – DF (Brasil) CEP:71675-100. E-mail: socorrok@unb.br

** Enfermeira Especialista, Enfermeira da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, SQSW 304 Bloco A Apto 606 Setor Sudoeste CEP:70.673-401 Brasília –DF (Brasil). E-mail: maria_madalena100@yahoo.com.br

*** Enfermeira Mestrado em Ciências da Saúde, Enfermeira da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, Condomínio Estância Jardim Botânico Conj. Casa 36 CEP:71680-365 Distrito Federal (Brasil). E-mail: delannoytavares@gmail.com

**** Enfermeira Mestrado em Ciências da Saúde, Enfermeira da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, SHIS QI 27 Conj. 10 Casa 8 Lago Sul Brasília –DF CEP:71675-100 (Brasil). E-mail:anaazevedo@yahoo.com.br

***** Enfermeira Especialista, Enfermeira da Universidade Católica de Brasília, Quadra 4 Conj. A Casa 11 CEP:73.025-041 Sobradinho-DF (Brasil). E-mail: ninafonseca@gmail.com

sults: Most people who were interviewed were men, heterosexuals, singles, with age between 20 and 34 years old (67,9%) and with a good instruction level. Women were younger (between 20 and 29 years old), heterosexuals, married/living with a partner consensually and with not good instruction level. The men had related a major number of partners (IC 95%:73,1-85,7), in sexual relationship "always" had chosen the preventive method (IC 95%:74,1-86,5), and their economic conditions were very good, particularly between 4 and 10 minimum salaries (with a statistic difference). The most frequently STIs was HPV and UNG's (IC 95%: 32,0-45,4 e IC 95%: 36,1-49,8), respectively. Only 42,1% of the patients, perceived the risk of contract the HIV and the men were classified how the most vulnerable to AIDS than the women, 60,0% and 36,8%, respectively. About 2,4% of men showed HIV infection. Conclusion: Men perceived and exposed themselves more to HIV infection than women, however, even though the vulnerability of both, women were more exposed because they don't use the protection as they could and don't have serious beliefs about the risk of HIV infection, what make bigger the chances to be infected with HIV.

Keywords: Risk perception, HIV infection, sexually transmitted infections.

Fecha de recepcion : 22/08/06. Fecha de aceptación: 09/05/07.

INTRODUCCION

En el comienzo de la epidemia del SIDA, la distribución de los casos era sobre todo entre los hombres que tenían sexo con hombres. Después de dos décadas, el perfil epidemiológico cambió y actualmente se encuentra centralizado en las relaciones heterosexuales ocurridas sin protección, siendo los grupos sociales marginados (Fry, Monteiro, Maio, Bastos, Santos, 2007) y las mujeres con relaciones estables, el blanco de la epidemia (Brito, Castilho y Szwarcwald, 2001). Al mismo tiempo, se observan algunas situaciones de riesgo que amplían la contaminación por el virus VIH, entre éstas, las infecciones de transmisión sexual, debido a que ambas infecciones comparten la misma puerta de entrada (OPS, 2001).

Las revisiones de la literatura muestran que hombres y mujeres presentan deficiencias en cuanto al conocimiento de la infección VIH y SIDA, relacionadas con vulnerabilidades socialmente construidas (Quinn & Overbaugh, 2005). Esto es determinado sobre todo, por las condiciones de vida, el contexto sociocultural (Paiva, Latorre, Gravato y Lacerda, 2002; Figueiredo & Aires, 2002; Alves, 2003), los hábitos de vida (Figueiredo & Aires, 2002), la experiencia sexual (Andrade, Tamaki, Vinha, Pompilio, Pietro, Barros, Lima, Chaguri e Pompilio, 2007), la personalidad del indivi-

duo (Hutton & Treiman, 2001), además de las relaciones de género (Trindade & Schiavo, 2001; Alves, 2003), composiciones étnicas (Fry *et al.*, 2007), edad de la población, falta de oportunidades profesionales y del comportamiento sexual (Brasil, 2003). Hay que añadir también la inserción de estos actores al mercado de trabajo informal, la dependencia de los recursos y equipos sociales públicos (Figueiredo & Aires, 2002). Por otro lado, los hombres y las mujeres que viven juntos conyugalmente tiene dificultad de percibir el riesgo con relación al VIH, y cuan mayor es el tiempo de la relación menor es la percepción, esta situación está asociada a la confianza depositada en el compañero (Oltamari & Otto, 2006).

Otro aspecto, muestra que la mujer hace una lectura errada del concepto de fidelidad (Silva, 2002) y la monogamia se vuelve un obstáculo más para su protección con relación al virus del SIDA. Y además, ellas son biológicamente más vulnerables a la infección por el VIH (Trindade & Schiavo, 2001), en particular al VIH-1, en virtud de los cambios hormonales, de la flora microbiana vaginal y de la elevada prevalencia de ITS (Quinn & Overbaugh, 2005).

Mientras los hombres asumen una práctica sexual flexible en relación a los cuestionamientos morales, mantienen por lo general

intensa actividad sexual y se estructuran de forma a tener dominio sobre la mujer, sostenidos a partir de valores hegemónicos de la sociedad, o sea, viven “de acuerdo con los papeles destinados al género masculino, reproduciendo un estereotipo que lo coloca en situación de riesgo” para la infección VIH (Mota, 1998). Además, parte de los hombres no buscan tratamiento para las infecciones sexuales (Vieira, Villela, Réa, Fernandes, Franco y Ribeiro, 2000) y, automedicándose, amplifican el riesgo de contaminación de sus compañeras y tornan más difícil la implementación de políticas de prevención de la infección VIH/SIDA.

Los determinantes culturales que permean la sexualidad masculina evidencian el sexo como algo incontrollable (Mota, 1998), retratando socialmente como intrínseco a la “naturaleza” masculina, siendo legitimado en su comportamiento, que se evade a su propio control (Silva, 2002). En este sentido, entienden que es “natural” el comportamiento del hombre en la traición y por el contrario, conciben que es “natural” a la mujer ser fiel, en consecuencia subestima los riesgos de la infección VIH, siendo esta particularidad esencial a la masculinidad que se contrapone a su protección y a la de su compañero(a) sexual (Silva, 2002).

Es un hecho que las medidas protectoras para el VIH están “bajo el control” del hombre (Mota, 1998) a pesar de que el preservativo femenino presenta una posibilidad de autonomía de la mujer frente a la infección VIH (Preussler, Micheletti & Pedro, 2003). Aun así, este recurso es percibido con desconfianza por las parejas con relación estable, en función de la necesidad de negociación y de cuestionamientos sobre la protección familiar, estableciendo reglas y colocando en riesgo acuerdos de la relación conyugal, lo que inviabiliza la aplicación de la medida preventiva en la práctica.

A partir de las actitudes vivenciadas por los sujetos, se entiende que la labor de cambiar prácticas sexuales es compleja, trae desa-

ños a la prevención, en función de diferentes abordajes que deben llevar a las personas a que se vuelvan agentes de su vida sexual (Antunes, Peres, Paiva, Stall y Hearst, 2002), así como co-responsables por la protección del(a) compañero(a) y de sus descendientes. Para el enfrentamiento de estas vulnerabilidades el servicio de salud debe entonces considerar los diferentes aspectos y el contexto de los sujetos envueltos, ya que son estos factores, estas situaciones las que van a determinar si el riesgo de la infección está siendo reforzado o minimizado.

Siendo así, se hace necesario trabajar las predisposiciones del punto de vista cultural, hábitos de vida, en el sentido de posibilitar el empleo de prácticas sexuales protegidas (vulnerabilidad social), y auxiliar en la viabilidad del acceso de los sujetos a los servicios (vulnerabilidad pragmática), discutir respecto de los métodos preventivos (vulnerabilidad individual), considerando las percepciones de hombres y mujeres a cerca de la infección VIH/SIDA (Souza, 2001).

En este contexto, se vuelve un imperativo comprender qué es lo que entiende cada uno de los actores envueltos respecto a la infección VIH, particularmente cuando es portador de una enfermedad de transmisión sexual. Al mismo tiempo, hay que entender también cómo conciben su sexualidad, las prácticas sexuales y qué conocimientos tienen acerca de ITS y de la infección VIH. Hace falta, además, comprender como hacen frente a estas cuestiones en lo cotidiano.

El estudio pretende evaluar cómo los hombres y las mujeres con ITS perciben su vulnerabilidad y fragilidad frente a la infección VIH.

Estas búsquedas deberán subsidiar las actividades del consejo en el Distrito Federal, teniendo en vista auxiliar en la reducción del VIH a la población, contribuir con la elaboración de nuevos abordajes preventivos que incluyan a los profesionales de enfermería y así adecuar los servicios de ITS/SIDA del Distrito Federal.

El objetivo de este estudio fue conocer la

percepción del riesgo a la infección VIH en hombres y mujeres con infecciones de transmisión sexual.

MATERIALES Y METODOS

Contexto

El Distrito Federal se encuentra localizado en la Región Centro-Oeste de Brasil y tiene en todo su alrededor el estado de Goiás, excepto en el sudoeste. Cuenta actualmente con 23 regiones administrativas, siendo Brasilia la ciudad más importante del Distrito Federal. En 2001, la capital Federal mostró una estructura de salud compuesta por 12 hospitales regionales, 62 centros de salud y 24 puestos de salud. Cerca de 70% de la asistencia médica es pública. Además, dispone de un Hospital de Base y un Hospital Universitario. En cuanto al sistema de salud, la red pública se encuentra regionalizada y jerarquizada desde los años 80. La estimativa poblacional del Distrito Federal para el año 2005 fue de cerca de 2.189.789 habitantes (Distrito Federal, 2005).

El presente estudio fue realizado en la Unidad Mixta de Salud del Distrito Federal, particularmente en el servicio de referencia para enfermedades de transmisión sexual. Este servicio está vinculado a la Coordinación de ITS/SIDA de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. Se trata de un Centro de Entrenamiento para formación de personal especializado en enfermedades sexuales y SIDA, localizado en el centro de Brasilia. Actualmente existen ocho unidades de referencia para atención a los clientes portadores de ITS/SIDA en el Distrito Federal.

Tipo de estudio

Fue realizado un estudio descriptivo de corte transversal.

Población en estudio

La población estudiada fue de 7% de los casos con ITS atendidos en el Centro de Referencia de Infecciones de Transmisión Sexual/SIDA de la Unidad Mixta de Salud del Distrito Federal, entre noviembre de 2004 y mayo de 2005. Aproximadamente cerca de 2000 enfermos fueron atendidos en este servicio especializado en el año 2004, de esta manera la muestra prevista alcanzó 140 pacientes escogidos de forma aleatoria.

Criterio de inclusión

El estudio incluyó hombres y mujeres, seleccionados de manera aleatoria, independiente de la edad, sexo, estado civil, escolaridad, color y religión.

DESARROLLO DEL ESTUDIO

Para iniciar el presente proyecto fue sometido al Comité de Ética de Investigaciones de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, donde fue evaluado y aprobado (Parecer N° 071/04). A los participantes se les solicitó su consentimiento informado por medio de un Documento de Consentimiento Libre y Consciente. Se garantizó a los entrevistados la confidencialidad sobre el origen de los datos.

Con relación a la recolección de los datos, ella fue realizada por medio de una entrevista con usuarios del servicio de ITS/SIDA de la Unidad Mixta de Salud del Distrito Federal. Estos firmaron su consentimiento antes de la consulta médica. El abordaje fue realizado por los investigadores de este estudio y los pacientes fueron sometidos solamente a los exámenes de rutina previstos por la unidad de salud.

Las variables analizadas incluyeron datos sociodemográficos, orientación sexual, núme-

ro de compañeros sexuales, relato de ITS anterior, conocimiento sobre la transmisión y prevención del VIH, tipos de relaciones y prácticas sexuales, percepción de riesgo y estatus de la infección VIH.

La construcción del banco y el análisis de los datos fueron realizados con el *software Access y SPSS – Statistical Package for the Social Sciences* (Nie, Hull, Jenkins, Steinbrenner, Bert, 1979).

RESULTADOS

El perfil de los entrevistados con ITS: la mayoría eran hombres, del grupo de edad de 20 a 34 años (67,9%), siendo las mujeres más jóvenes, con predominancia de la edad entre 20 a 29 años (61,8%).

En el análisis comparativo entre los sexos, considerando el estado civil, los hombres eran en su mayoría solteros (IC 95%:49,1- 64,8) comparados a las mujeres (IC 95%:18,4-43,3).

En relación al grado de instrucción, las ITS fueron más frecuentes en los pacientes del sexo femenino con menos años de estudio (64,7%). De esta forma, los hombres presentaron mayor nivel de escolaridad que las mujeres (52,4%). Al analizar los datos por sexo y el grado de instrucción de los investigados, no hubo diferencia estadística.

Los sueldos de los hombres se mostraron más elevados que los de las mujeres, ya que la totalidad de ellas o no tenía sueldo, o ganaban, como máximo, hasta 3 sueldos mínimos (sm). Mientras que los hombres, 85,0% de los sujetos, mostraron recibir remuneraciones iguales o superiores al sueldo de las mujeres.

En relación con la orientación sexual, la mayoría de los sujetos era heterosexual, 90,6% de los hombres (IC 95%: 84,8-94,2) y 94,1% de las mujeres (IC 95%: 83,7-98,0). La homosexualidad masculina y femenina registrada fue de 3,7% y 5,9%, respectivamente. La bisexualidad fue relatada en 5,7% de los hombres.

Cerca de 80,2% de los hombres presentaron más de cinco compañeros sexuales en su vida, al contrario de las mujeres (26,5%). Al comparar estadísticamente el total de compañeros sexuales durante la vida, en ambos sexos, quedó evidente que los hombres muestran mayor número de contactos sexuales (IC 95%:73,1-85,7), al contrario de las mujeres, de las cuales el resultado fue un IC 95%:16,1-40,3.

Más de ochenta por ciento de los hombres (IC 95%:74,1-86,5) escogieron “siempre” la protección adecuada en el transcurso de la relación sexual en comparación con las mujeres (52,9%), mostrando un IC 95%:39,1-66,2. Parte del grupo femenino señaló que “a veces” (41,2%) fue posible hacer uso de algún tipo de protección sexual (IC 95%:28,4-55,2) y al comparar con los hombres (17,3%) mostró un IC 95%:11,8-23,7. Casi 6,0% de las mujeres “nunca” tuvieron la oportunidad de utilizar un método de protección adecuado durante un contacto sexual (IC 95%:0,6-5,5), contra 1,9% de los hombres (IC 95%:1,9-16,3).

Aproximadamente 12,1% de los sujetos estudiados “siempre” realizaron algún tipo de práctica sexual aunque el compañero no estuviera de acuerdo. Casi nueve por ciento de las mujeres practicaron “a veces” actividad sexual sin su consentimiento, contra 6,7% de los hombres. Según la visión de los entrevistados, cerca de 80,0% de los sujetos “nunca” realizó acto sexual sin estar de acuerdo. Al comparar hombres y mujeres considerando la variable “practica sexo sin estar de acuerdo”, ambos sexos señalaron que “siempre” con un IC 95%: 7,9-18,4 e IC 95%:5,3-23,7, “nunca” un IC 95%: 74,1-86,5 e IC 95%: 66,0-88,4 y “a veces”, un IC 95%: 3,6-11,7 e IC 95%: 3,5-20,1, respectivamente.

Destaca que de la totalidad de los casos estudiados, apenas 42,1% de los individuos analizados percibieron el riesgo de adquirir la infección HIV, a pesar de que el 100% se encontraba con algún tipo de ITS cuando se rea-

lizó la entrevista. De alguna manera los hombres se percibieron con menor riesgo de contaminarse con el VIH (CI 95%: 54,3-69,6) que las mujeres (CI 95%: 36,4-63,5). Se observa que las mujeres tienen más presente el riesgo de la infección VIH que los hombres, 55,9% y 37,7%, respectivamente, a pesar de colocarse más en la situación de vulnerabilidad que los hombres.

En relación con la percepción de contaminación por el virus VIH observada entre los entrevistados, los hombres (IC 95%: 15,5-37,6) relataron alto riesgo de exposición al virus con relación a las mujeres (IC 95%: 6,4-33,6). Los hábitos sexuales considerados de mediano riesgo para la infección VIH, también fueron más practicados por los hombres (IC 95%: 23,9-47,9) cuando fueron comparados a los de las mujeres (IC 95%: 9,8-39,5). Se observó que los hombres se mostraron con mayor riesgo de adquirir la infección VIH (alto y mediano riesgo) que las mujeres, 60,0% y 36,8%, respectivamente. Un cuarto de los sujetos del sexo masculino señaló que fueron sometidos a alto riesgo de exposición al virus de la inmunodeficiencia humana, mientras que las mujeres se mostraron con menor percepción y/o no supieron clasificar su riesgo (63,2%).

El perfil de ITS actual encontrado en el momento de la entrevista fue semejante, en ambos grupos (IC 95%: 30,3-45,7 e IC 95%: 36,4-63,5), en los últimos cinco años. Sin embargo, en el análisis de la totalidad de los casos, la presencia de ITS en los últimos cinco años fue mayor que la ausencia de esas infecciones entre los sujetos investigados, con diferencia estadística (IC 95%: 58,1-71,2).

En cuanto al diagnóstico, las ITS más frecuentes fueron las uretritis no gonocócicas (UNG) (42,8%), *Papilomavirus humano* (HPV) (38,6%), herpes (7,9%), uretritis gonocócica (7,9%), así como el chancro blando (2,1%) y la sífilis (0,7%). Fue observada diferencia estadística en la proporción de HPV y UNG presentada por los sujetos (IC 95%: 32,0-45,4 e IC 95%: 36,1-49,8, respectivamen-

te, con relación a las demás infecciones sexualmente transmisibles.

La serología para la infección HIV en el sexo masculino (IC 95,0%: 1,1- 6,8) se mostró más elevada estadísticamente que en las mujeres (IC 95,0%:0,0 - 0,7). De esta forma, 2,4% de los hombres presentaban infección por HIV durante la entrevista.

DISCUSION

El estudio se limitó a obtener información de los usuarios de un servicio de ITS de un total de ocho servicios de referencia del Distrito Federal. Se constata que cerca de un tercio de la población en general del Distrito Federal se encontraba entre 20 y 34 años, por lo tanto, coincidiendo con el de adultos jóvenes vulnerables a las ITS del estudio (Distrito Federal, 2003), todavía no es posible inferir si la muestra estudiada representa las características de la totalidad de las ITS en este grupo de edad de la Capital Federal, en el periodo analizado.

Las mujeres con ITS eran más jóvenes, 61,7% de ellas tenían edad entre 20 a 29 años, mientras que los hombres, el 67,9% tenía entre 20 a 34 años. Porcentajes semejantes fueron encontrados en Fortaleza en las unidades de referencia de portadores de ITS por Cavalcante & Teixeira (2002) y en Campinas - San Pablo (Vieira *et al.*, 2000). La iniciación sexual femenina precoz es una realidad en Brasil, está asociada a manifestaciones espontáneas y presión social, coerción por hombres mayores, además de la violencia física. Sumado a esto, el comercio ilegal del sexo a cambio de dinero, favores como protección, alimento o abrigo (Brasil, 2003), además de la inseguridad e incapacidad de imponerse al poder masculino (Fernandes, Antonio, Bahamondes y Cupertino, 2000). Tienen también el falso sentimiento de inmunidad según el perfil que imaginan de "como es" quien presenta el virus o la propia enfermedad (Nascimento, Barbosa y Medrado, 2005). Cabe señalar ade-

más, que en la mujer joven los órganos genitales no están completamente desarrollados, de ahí que ellas sean más susceptibles a las infecciones de transmisión sexual asintomáticas (OMS/ONUSIDA, 1999; Quinn & Overbaugh, 2005). Este escenario apunta a la desigualdad, el estigma, la violencia y al mismo tiempo provoca una situación de mayor vulnerabilidad frente al VIH y consecuentemente, mayor diseminación de la epidemia entre las mujeres (Brasil, 2003; Fernandes *et al.*, 2000).

En cuanto al conocimiento que tienen los entrevistados relativo al concepto de infección VIH y SIDA, la gran mayoría de los investigados desconoce estos conceptos (72,6%) y 5,5% de ellos citan la cura de la enfermedad. Un estudio realizado entre hombres en el municipio de San Pablo, en 1997, mostró que 2,8% de los sujetos analizados creían en la cura del SIDA (Vieira *et al.*, 2000), siendo esta información confirmada el doble de veces más en el Distrito Federal. Cabe recordar que casi la mitad de los sujetos estudiados tenían un grado de escolaridad de hasta 4 años de estudios de enseñanza básica y según los autores el mayor conocimiento sobre SIDA está asociado a una tasa de escolaridad más elevada (Vieira *et al.*, 2000; Brasil, 2003). La mayoría de las mujeres con ITS de la investigación se presentaba como siendo analfabetas o con un máximo de enseñanza básica (64,7%), coincidiendo con el estudio de Campinas - San Pablo, donde la infección por el VIH aumentó más en los últimos años (Vieira *et al.*, 2000). Se trata entonces de un desafío a la prevención del VIH/SIDA en este grupo y de acuerdo con la propuesta de Monteiro & Vargas (2003), el fundamento de la prevención se debe basar en disminuir la brecha existente entre las prácticas sexuales de riesgo y las reflexiones teórico-prácticas de los abordajes preventivos y a la articulación entre prevención y asistencia en cualquier espacio que esas condiciones estén presentes. Se nota, entonces, que a pesar del esfuerzo del programa de ITS/SIDA en divulgar la prevención de la enfermedad, todavía, existen vacíos en el cono-

cimiento sobre la evolución clínica del síndrome en esta población, necesitando de esfuerzos en la educación para la prevención, particularmente, en la atención básica debido a que esta población corre un riesgo mayor.

En relación con la remuneración, quedó en evidencia que los hombres ganaban más que las mujeres y la mitad de ellas no tenían remuneración. La literatura que confirma la feminización y empobrecimiento de la infección por VIH en Brasil, es amplia (Vieira *et al.*, 2000; OPS, 2001; Brasil, 2003); tiene como tela de fondo la dependencia financiera, social, cultural y emocional de la mujer al hombre, inviabilizando la negociación del condón, haciendo que la mujer acepte, ignore o no perciba el riesgo de la infección VIH.

El hecho de que hombres y mujeres presenten una ITS en el momento de la entrevista, no influyó, necesariamente, en la percepción del riesgo a la infección del VIH por los sujetos. La percepción del riesgo percibida alcanzó 55,9% de las mujeres y apenas 37,8% de los hombres. Eso mostró que la mayoría de ellas vislumbró esta vulnerabilidad más apropiadamente que en el grupo masculino. Sin embargo, aun reflexionando más sobre su condición de riesgo, esto no implicó que las mujeres hicieran un mayor uso de los métodos preventivos. El estudio mostró que 47,0% de las mujeres no opinaron sobre su protección en el momento de la relación sexual, mientras que los hombres, el 81,1% de ellos "siempre" hizo esta elección. Vale cuestionar hasta qué punto los programas indirectos vinculados al control de la infección por VIH, salud reproductiva de la mujer: asistencia al parto, al puerperio, y al niño, están dando importancia a la reducción de la vulnerabilidad en las dimensiones individual, programática y social propuestas por Souza (2001). Fue reforzado en este estudio que las mujeres tienen información inadecuada sobre la infección VIH, son poco conscientes de los riesgos a que fueron expuestas en la relación sexual, así como se dejan llevar por la representación de "salud" a partir de la apariencia física, ade-

más de tener poco poder para negociar el sexo seguro (Antunes *et al.*, 2002; Brasil, 2003; Nieto-Andrade & Izáosla-Licea, 1999), principalmente, si el tiempo de la relación fue largo (Oltramari & Otto, 2006). Este contexto las hace asumir posturas sexuales de riesgo y sin protección adecuada (Trindade & Schiavo, 2001, Alves, 2003). Tales actitudes son también, construidas socialmente y tienen como base el compromiso emocional (Antunes *et al.*, 2002), tiempo de convivencia y la confianza en el comportamiento del compañero (Vieira *et al.*, 2000; Oltramari & Otto, 2006), como forma de mantener los vínculos afectivos y el bienestar de la relación interpersonal y familiar. De ahí que le falta saber empoderarse y tomar la determinación de salir de esa situación, como también consciencia, además, de “poder” para transformar sus conductas sexuales sin riesgo (Brasil, 2003). Este estudio concuerda con los hallazgos obtenidos por Silveira, Beria, Horta y Tomasi (2002) a donde la autopercepción de vulnerabilidad no es un buen indicador para reducir el riesgo de ITS y SIDA en mujeres seropositivas, debido a que ellas no identifican correctamente su nivel de riesgo, lo mismo es observado en mujeres portadoras de ITS en el Distrito Federal. Frente a este escenario, las prácticas educativas y de prevención del VIH/SIDA de acuerdo con Ayres (2002) se deben dar a partir de los contextos de intersubjetividad, con actitudes emancipadoras y centralizadas en las relaciones socialmente establecidas.

Según los relatos, los entrevistados mostraron que un 25,0% del sexo masculino asumió postura de alto riesgo, mientras en el sexo femenino, 15,8%, esto significó una baja visualización del comportamiento de riesgo relatado por ambos actores. En la realidad, la práctica sexual de alto riesgo que se encontró en los hombres fue de 60,0% y de 36,8%, en las mujeres, o sea, muy superior a la relatada por los entrevistados. Se retoma aquí los datos nacionales obtenidos por Ferreira (2003) en el año 1998, en que 23,0% de los entrevistados no tenían información ni percepción del

riesgo de la infección VIH, impidiendo la comprensión de su propio riesgo de exposición al virus VIH y la persistencia de esas informaciones en el cotidiano de las personas entrevistadas.

Cerca de 11,0 a 12,0% de mujeres y hombres, respectivamente, “siempre” hicieron algún tipo de práctica sexual, sin estar de acuerdo. Además de eso, fue posible verificar en el estudio la asimetría de género, siendo que el polo hegemónico “masculino” determinó “siempre” la protección adecuada en el transcurso de una relación sexual (81,1%) y decidió con frecuencia sobre el tipo de relación a ser practicada. El hecho de la construcción social favorece la dominación masculina sobre la femenina, limita la capacidad de las mujeres de ejercer el control de su salud sexual y reproductiva, además, hace falta comunicación respecto del tema y no existe un método preventivo controlado por la mujer, accesible y de bajo costo, lo que dificulta su protección (OPS, 1999).

En relación con la orientación sexual, la heterosexual fue la más frecuente (91,4%), implicando un riesgo adicional de la infección por VIH para las mujeres, debido a la feminización de la infección (Brito *et al.*, 2001). A pesar de la negación social y cultural se registraron casos de hombres que hacen sexo con hombres en este estudio. Dowsetts (2006) señala que esta situación es real, y el riesgo está en función de la inconsistencia en el uso del condón (Souza, 2001; Andrade *et al.*, 2007) y de la ocurrencia de múltiples compañeros. Ambos grupos presentaron semejante perfil epidemiológico de ITS en los últimos cinco años, en torno de 65,0%. Más de 80,0% de los hombres relataron más de cinco compañeras en la vida, en comparación con las mujeres que refirieron haber tenido menos que cinco compañeros (72,5%). La literatura destaca (Mota, 2002) que la flexibilidad de la práctica sexual masculina aceptada socialmente se contrapone al menor riesgo de infección VIH. La mayoría de los hombres fueron solteros (57,14%) y 2,5% presentaban

estatus serológico positivo para el VIH. Cabe resaltar que en este servicio de referencia para ITS no fue posibilitada la ejecución de 14 exámenes para el diagnóstico de la infección VIH, lo que muestra una fragilidad de la asistencia entregada.

Los resultados mostraron también que 40,0% eran casados o unidos consensualmente, lo que apunta hacia una mayor exposición de las mujeres con pareja fija al virus VIH, como es referido por diversos trabajos (Bastos & Scwarewald, 2000; Brasil, 2003). La representación social de esta vulnerabilidad en algunos grupos sociales femeninos apunta que esta situación de infección por el VIH es algo legitimado por obra divina o propia del papel de esposa (Nascimento *et al.*, 2005).

En resumen, se observó una práctica sexual de alto riesgo para adquirir el virus VIH entre los portadores de ITS, sin la total percepción de los sujetos para esa vulnerabilidad. El hombre todavía mantiene un fuerte poder sobre la mujer, decidiendo, frecuentemente, el método preventivo a ser utilizado y el tipo de sexo a ser practicado durante una relación sexual. Mientras la mujer, a pesar de tener más presente el riesgo de la infección con el virus VIH, le falta iniciativa, poder de decisión y determinación para salir de esta situación de fragilidad. El análisis contribuye para una reorientación de los servicios de "consejería" en relación a las cuestiones de las ITS/SIDA del Distrito Federal, teniendo en consideración la percepción de hombres y mujeres, los derechos de ciudadanía, reproductivos y sexuales.

CONCLUSION

Frente a estas consideraciones, se torna importantísima la actuación del profesional de enfermería en este trabajo dirigido a la educación sexual y de "consejería" de hombres y mujeres vulnerables, permitiendo el enfrentamiento de la infección por VIH y la reducción del impacto de este síndrome en la sociedad.

REFERENCIAS

- Alves, M. F. P. (2003). Sexualidade e prevenção de DST/AIDS: representações sociais de homens rurais de um município da zona da mata pernambucana, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 19 (sup.2). Extraído el 22 de abril de 2007 desde <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000800024&lng=pt&nrm=iso>.
- Andrade, S.M.O.; Tamaki, E.M.; Vinha, J.M.; Pompilio, M.A.; Pietro, C.W.; Barros, L.M.; Lima, L.B.; Chaguri, M.C. e Pompilio, S.A.L. (2007). Vulnerabilidade de homens que fazem sexo com homens no contexto da AIDS. *Cad. Saúde Pública*. 23 (2), 479-482. Extraído el 22 de Abril e 2007 desde <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200027&lng=pt&nrm=iso>.
- Antunes, M.C.; Peres, C.A.; Paiva, V.; Stall, R. y Hearst, N. (2002). Diferencias en la prevención del SIDA entre hombres y mujeres jóvenes de escuelas públicas en San Pablo. *Rev. Saúde Pública*. 36 (4), 88-95.
- Ayres, J.R.C.M. (2002). Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, 6 (11), 11-24.
- Bastos, F.I. y Scwarewald, C.L. (2000). Sida y empobrecimiento: Principales conceptos y evidencias empíricas. *Cad. Saúde Pública*. 16, supl. 1.
- Brasil. Ministerio de la Salud. Secretaría Ejecutiva (2003). Coordinación Nacional de IST/SIDA. *Políticas e diretrizes de prevenção de las IST/SIDA entre mujeres*. Brasília: Ministerio de la Salud. 104 pp.
- Brito, A.M., Castilho, E. A. e Scwarewald, C.L. (2001). AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop*. 34 (2), 207-217.
- Cavalcante, E.G. F. y Teixeira, T.G. (2002). Aspectos epidemiológicos característicos dos usuários do ambulatório de DST do Centro de Saúde Escola Meireles - Fortaleza - Ce. *Jornal Bras. de DST* 4, p. 49.
- Distrito Federal (2003). Gobierno del Distrito Federal. Secretaría Estadual de Salud. División de Vigilancia Epidemiológica. Gerencia de IST/SIDA. *Boletim Epidemiológico de DST/AIDS do Distrito Federal*. Brasília. (1), 19 pp.

- Distrito Federal (2005). Anuario Estadístico del Distrito Federal. Secretaría de Estado de Desarrollo Urbano y Habitación. Brasilia, CD-ROM 8x.
- Dowsetts G. W. (2006). Algumas considerações sobre sexualidade e gênero no contexto da aids. *Questões de Saúde Reprodutiva*, 1, (1), 39-49.
- Fernandes, A.M.S.; Antonio, D.G.D.; Bahamondes, I. G. y Cupertino, C. V. (2000). Conocimiento, actitudes y prácticas de mujeres brasileras atendidas por la red básica de salud con relación a las enfermedades de transmisión sexual. *Cad. Saúde Pública*, 16, supl. 1.
- Ferreira, M. P. (2003). Conhecimento e percepção de risco sobre o HIV/AIDS: Um perfil da população brasileira no ano de 1998. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19, (Supl. 2), S213-S222.
- Figueiredo, R. & Aires, J.R.C.M. (2002). Intervención comunitaria y reducción de la vulnerabilidad de mujeres a las IST/Sida en San Pablo, SP. *Rev. Saúde Pública*, 36, (4), 96-107.
- Fry, P.H.; Monteiro, S.M.; Haio, H.C.; Bastos, F.I. e Santos, V. S. (2007). AIDS tem cor ou raça? Interpretação de dados e formulação de políticas de saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 23 (3), 497-507. Extraído el 22 de abril e 2007 desde <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000300002&lng=pt&nrm=iso>.
- Hutton, H.E. y Treisman, G.J. (2001). El papel de la personalidad en el comportamiento de riesgo para el VIH: Sus implicaciones para la prevención y el tratamiento. *The Johns Hopkins University Aids Service*, 13, (6), 5-7.
- Mota, M.P. (1998). Género y sexualidad: Fragmentos de la identidad masculina en los tiempos del Sida. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 14, (1), 145-155.
- Monteiro, S. e Vargas, E. (2003). Desafios teóricos no campo da prevenção do HIV/AIDS. *Divulg. Saúde debate*, 2, (29), 24-33.
- Nascimento, A. M. G.; Barbosa, C. S.; Medrado, B. (2005). Mulheres de Camaragibe: representação social sobre vulnerabilidade feminina em tempo de aids. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* Recife, 5, (1), 77-86.
- Nie, N.H.; Hull, C.H.; Jenkins, J.G.; Steinbrenner, K. & Bent, D.H. (1979). SPSS: Statistical package for the social sciences. New York: Mc Graw Hill.
- Nieto-Andrade, B. & Izazola-Licea, B. (1999). Uso del condón en hombres con parejas no estables em la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 41, (2), 123-129.
- Oltramari, L. C. & Otto, L. S. (2006). Conjugalidade e aids: um estudo sobre infecção entre casais. *Psicologia & Sociedade*, 18, (3), 55-61.
- OMS/ONUSIDA (Organización Mundial de la Salud. Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA) (1999). Pautas para la vigilancia de las infecciones de transmisión sexual. Washington. 36 pp.
- Organización Panamericana de la Salud - OPS (2001). VIH y SIDA em las Américas - uma epidemia multifacetada. Washington. 55 pp.
- Paiva, V.; Latorre, M.R.; Gravato, N. e Lacerda, R. (2002). Sexualidad de mujeres viviendo com VIH/SIDA en San Pablo. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18, (6), 1609-1620.
- Preussler, G.M.; Micheletti, V.C. & Pedro, E.N. (2003). Female condom: A possibility for autonomy in HIV-positive women. *Rev Bras Enferm*, 56 (6), 699-701.
- Quinn, T.C. & Overbaugh, J. (2005). HIV/AIDS in Women: An Expanding Epidemic. *Science* 308, (5728), 1582-1583.
- Silva, C. G. M. (2002). El significado de la fidelidad y las estrategias para la prevención del Sida entre hombres casados. *Rev. Saúde Pública*, 36, (4), 40-49.
- Silveira, M. F; Beria, J. U.; Horta, B. L. e Tomasi, E. (2002). Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e Aids em mulheres. *Rev. Saúde Pública*, 36, (6), 670-677.
- Souza, C. T. V. (2001). Características sócio-demográficas, comportamentais e vulnerabilidade à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana em homens que fazem sexo com homens do "projeto Rio". [Doutorado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 50 pp.
- Trindade, M.P. y Schiavo, M.P. (2001). Comportamiento sexual de las mujeres en relación al VIH/Sida. *J. Bras. Doenças Sex. Transm.* 13, (5), 17-22.
- Vieira, E.L.; Villela, W.V.; Réa, M.F.; Fernandes, M.E.L.; Franco, E. y Ribeiro, G. (2000). Algunos aspectos del comportamiento sexual y práctica de sexo seguro en hombres del Municipio de San Pablo. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 16 (4), 997-1009.

ANEXOS

Tabla 1. Distribución de los casos de ITS en la ficha de ITS/SIDA del Distrito Federal, según orientación sexual, número de compañeros en la vida, protección adecuada y práctica sexual sin consentimiento, en el año 2002.

Variables	Masculino		Femenino	
	n	IC _{95%}	n	IC _{95%}
Orientación sexual (n=140)				
Bisexual	6	(2,9-10,5)	0	(0,0-7,3)
Heterosexual	96	(84,8-94,2)	32	(83,7-98,0)
Homosexual	4	(1,7-8,1)	2	(1,9-16,3)
Número de compañeros en la vida (n=140)				
Cinco o +	85	(73,1-85,7)	9	(16,1-40,3)
Menos de cinco	21	(14,2-26,9)	25	(59,6-83,9)
Escoge protección adecuada (n=140)				
Siempre	86	(74,1-86,5)	18	(39,1-66,2)
A veces	18	(11,8-23,7)	14	(28,4-55,2)
Nunca	2	(0,6-5,5)	2	(1,9-16,3)
Hace prácticas sexuales sin consentir (n=140)				
Siempre	13	(7,9-18,4)	4	(5,3-23,7)
A veces	86	(74,1-86,5)	27	(66,0-88,4)
Nunca	7	(3,6-11,7)	3	(3,5-20,1)

Tabla 2. Frecuencia de los casos de ITS según el tipo de enfermedad, ITS en los últimos 5 años y el estatus serológico para el VIH en la ficha de ITS/SIDA del Distrito Federal, en 2002.

Variables	Masculino		Femenino	
	n	IC _{95%}	n	IC _{95%}
ITS actual (n=140)				
Chancro blando	2	(0,6-5,5)	1	(0,6-12,1)
Condiloma	40	(30,3-45,7)	14	(28,4-55,2)
Uretritis Gonocócica	10	(5,7-15,1)	1	(0,6-12,1)
Herpes	10	(5,7-15,1)	1	(0,6-12,1)
Sífilis	1	(0,2-4,1)	0	(0,0-0,7)
Uretritis No Gonocócica	43	(33,0-48,5)	17	(36,4-63,5)
ITS en los últimos 5 años (n=140)				
Sí	69	(57,1-72,2)	22	(50,6-76,6)
No	37	(27,7-42,8)	12	(23,3-49,4)
Serología para el VIH (n=126)				
Reactivo	3	(1,1-6,8)	0	(0,0-0,7)
No reactivo	92	(80,4-91,3)	31	(79,8-96,4)

Tabla 3. Percepción del riesgo de la infección VIH entre los portadores de ITS y clasificación del riesgo relatado por los sujetos en la referencia de ITS/SIDA del Distrito Federal, en 2002.

Variables	Masculino		Femenino	
	n	IC _{95%}	n	IC _{95%}
Percibe el riesgo de la infección VIH (n=140)				
Sí	40	(30,3-45,7)	19	(39,1-66,2)
No	66	(54,3-69,6)	15	(36,4-53,5)
Clasificación del riesgo relatado por los sujetos (n=59)				
Alto riesgo	10	(15,5-37,6)	3	(6,49-33,6)
Mediano riesgo	14	(23,9-47,9)	4	(9,8-39,5)
Bajo riesgo	10	(15,5-37,6)	9	(30,0-65,3)
No se clasificar	6	(7,9-26,4)	3	(6,4-33,6)