



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

LETÍCIA FALCÃO DE CARVALHO

**HIV/AIDS: RELAÇÕES INTERPESSOAIS DE MULHERES APÓS O
DIAGNÓSTICO**

SANTO ANTÔNIO DE JESUS - BA

2015

LETÍCIA FALCÃO DE CARVALHO

**HIV/AIDS: RELAÇÕES INTERPESSOAIS DE MULHERES APÓS O
DIAGNÓSTICO**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr. Lilian Conceição Guimarães de Almeida

SANTO ANTÔNIO DE JESUS - BA

2015

LETÍCIA FALCÃO DE CARVALHO

HIV/AIDS: RELAÇÕES INTERPESSOAIS DE MULHERES APÓS O DIAGNÓSTICO

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em ____ de ____ de 2015

BANCA EXAMINADORA

Lílian Conceição Guimarães de Almeida (ORIENTADORA)
Enfermeira – Doutora em Saúde Coletiva Pela Universidade Federal da Bahia
Docente – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Patrícia Figueiredo Marques
Enfermeira – Mestre pela Universidade Federal da Bahia
Docente – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Oade Oliveira Cunha de Souza
Enfermeira/ Preceptora do PET/VS

“Se fosse preciso, começaria tudo outra vez do mesmo jeito, andando pelo mesmo caminho de dificuldades, pois a fé, que nunca me abandona, me daria força para ir sempre em frente”.

(Irmã Dulce)

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer a Deus, que me conduziu e sustentou em todos os momentos, sem suas bênçãos não seria possível.

Aos meus pais, Silvia e Coriolano, que sempre me apoiaram e incentivaram, acreditando no meu potencial e no meu sucesso. À minha irmã, Leila, pela preocupação e apoio de sempre, disponibilizando-se em todos os momentos para me ajudar. A vocês o meu muito obrigada por tudo, agradeço profundamente por ter vocês na minha vida.

Aos meus amigos, que sempre estiveram ao meu lado em todos os momentos da graduação, apoiando e se preocupando, obrigada pelo carinho e pela amizade! Em especial à Kézia, mais do que uma amiga ela se tornou uma irmã, dividindo todos os momentos durante essa longa caminhada, minha parceira e cúmplice em tudo, obrigada pela sua amizade e ajuda em todo o processo.

Um agradecimento especial à Kézia, Sheyla, Dani, Sara, Ró e Jay por toda preocupação e torcida na construção deste trabalho, dividimos diversas experiências juntas.

Ao meu namorado, Vinícius, pelo apoio e incentivo. Suas tentativas de me tranquilizar nem sempre foram eficazes da forma que ele queria, mas conseguia ao menos por instantes transformar as minhas preocupações em força e coragem para seguir em frente. Obrigada pela preocupação, amor e cuidado ao longo de todos esses anos.

À minha orientadora, prof. Doutora Lílian Almeida, que se tornou uma grande amiga, obrigada pelos seus ensinamentos e pela paciência na construção deste estudo.

Não poderia deixar de agradecer ao grupo PET, que promoveu um grande crescimento pessoal e profissional, sentirei saudades de todos e das nossas reuniões, obrigada aos tutores, preceptores e colegas, cada um se fez muito importante neste processo.

Gostaria de agradecer à equipe do Centro de Testagem e Aconselhamento de Santo Antônio de Jesus pelo acolhimento, paciência, explicações e por todos os aprendizados, serei uma profissional e pessoa muito melhor por todas as vivências proporcionadas. Por fim, um agradecimento especial a todas as mulheres que aceitaram participar com a entrevista, sem vocês nada disso seria possível.

CARVALHO, Letícia Falcão De. HIV/AIDS: Relações interpessoais de mulheres após o diagnóstico. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. 2015, 74p.

RESUMO

Ocorreram diversas mudanças no perfil epidemiológico do HIV/AIDS ao longo dos anos, principalmente quando nos referimos ao aumento no número de mulheres infectadas pelo vírus e suas implicações, que se repercutem de diferentes formas na sociedade. Este estudo buscou conhecer como se dão as relações interpessoais de mulheres após o diagnóstico de HIV/AIDS. Trata-se de uma pesquisa de caráter qualitativo e natureza descritiva realizada no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA/SAE) do município de Santo Antônio de Jesus (SAJ). Foram entrevistadas 12 mulheres com diagnóstico de HIV/AIDS, no período compreendido entre setembro a novembro de 2014. A entrevista gravada foi utilizada como estratégia de coleta de dados através de um roteiro semiestruturado, foi usado a análise de conteúdo, definição da categorização e interpretação com uso de outros estudos que abordavam a temática. O estudo se configura como um recorte do projeto “Desenvolvimento de estratégias de vigilância, controle e redução da transmissão do HIV/Aids em mulheres de Santo Antônio de Jesus-Bahia”, projeto já submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, através do número do parecer 191.710. Os resultados possibilitaram conhecer de que forma as relações interpessoais se caracterizam após o diagnóstico, evidenciando que todas as entrevistadas relatam algum tipo de situação conflituosa após a descoberta e compartilhamento da sorologia. Conversar sobre o diagnóstico ainda se constitui como um entrave pelo medo do preconceito e discriminação, justificados pelos estigmas que ainda circundam a epidemia e medo principalmente relacionado aos familiares e ao parceiro, o que resulta em alguns casos pelo silêncio. Percebe-se que quando o parceiro já possui a sorologia para o HIV ou já tinha conhecimento sobre a sorologia da parceira o enfrentamento e compartilhamento não são considerados por elas um problema. Além disto, foram relatados os sentimentos dessas mulheres perante o vírus e suas dificuldades em aceitar o diagnóstico. Neste contexto, percebe-se que o empoderamento da mulher é considerado um ponto fundamental para que auxilie no processo de enfrentamento e aceitação do seu novo status sorológico. Os resultados demonstraram também a atuação dos profissionais quanto a criação de confiança e vínculo com estas mulheres, demonstrando que todas se sentem confortáveis para esclarecer dúvidas e relatar experiências vivenciadas. Além disso, identifica-se a necessidade de ampliar as orientações e condutas dos profissionais, ver esta mulher não apenas como portadora do vírus, mas de uma forma integral, principalmente quando nos referimos às mudanças e sentimentos vivenciados pelas mesmas após o diagnóstico, necessitando criar uma rede de apoio no serviço, família e com o parceiro.

Palavras – chave: Mulheres; AIDS; Vulnerabilidade; Relações interpessoais.

CARVALHO, Letícia Falcão de. HIV / AIDS: interpersonal relations of women after diagnosis. Monograph (Bachelor of Nursing) - Health Sciences Center - Federal University of Bahia Reconcavo. 2015, 74p.

ABSTRACT

There were several changes in the epidemiological profile of HIV / AIDS over the years, especially when referring to the increase in the number of women infected with the virus and its implications, which are reflected in different ways in society. This study sought to know how to give the interpersonal relations of women after the diagnosis of HIV / AIDS. It is a qualitative research and descriptive held at the Counseling and Testing Center (CTA / SAE) in the municipality of Santo Antônio de Jesus (SAJ). We interviewed 12 women diagnosed with HIV / AIDS in the period from September to November 2014. The recorded interview was used as data collection strategy through a semi-structured script was used content analysis, definition of categorization and interpretation with use of other studies that addressed the issue. The study is configured as a project of the crop "Development of surveillance strategies, controlling and reducing the transmission of HIV / AIDS in women of Santo Antônio de Jesus, Bahia," as project submitted and approved by the Ethics Committee of the Federal University Reconcavo of Bahia, through the opinion 191 710 number. It was possible to know how interpersonal relationships are characterized after diagnosis, showing that all interviewees reported some kind of conflict situation after the discovery and sharing of serology. Talk about the diagnosis still constitutes as an obstacle by fear of prejudice and discrimination, justified by the stigmas that still surround the epidemic and fear mainly related to family and partner, which results in some cases by silence. It is noticed that when the partner already has HIV status or had knowledge of the serology of partner facing and sharing are not considered by them a problem. In addition, the feelings of these women were reported before the virus and its difficulties in accepting the diagnosis. In this context, it is clear that women's empowerment is considered a fundamental point to assist in the coping process and acceptance of its new HIV status. The results also showed the work of professionals and the creation of trust and bond with these women, showing that all feel comfortable to answer questions and relate life experiences. It identifies the need to broaden the guidelines and conduct of professionals, see this woman not only as a carrier of the virus, but in an integral way, especially when we refer to changes and feelings experienced by them after diagnosis, needing to create a support network in the service, family and partner.

Key - words: Women; AIDS; Vulnerability; Interpersonal relationships

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACOES

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

CCS – Centro de Ciências da Saúde

CEP – Comitê de tica em Pesquisa

COAS – Centro de Orientao e Apoio Sorológico

CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento

DST – Doença Sexualmente Transmissíveis

EUA – Estudos Unidos da América

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH)

MS – Ministério da Saúde

PET – Programa de Educao pelo Trabalho para a Saúde

SAE – Serviço de Atendimento Especializado

SAJ – Santo Antônio de Jesus

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFRB – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

VS – Vigilância à Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	REFERENCIAL TEÓRICO	13
2.1	Vulnerabilidade feminina as DST/HIV/AIDS	13
2.2	Interações sociais e enfrentamento da epidemia	15
3	METODOLOGIA	18
3.1	Tipo de pesquisa	18
3.2	Campo de pesquisa	19
3.2.1	A aproximação com o cenário da pesquisa	20
3.3	Os sujeitos da pesquisa	20
3.4	Coleta dos dados	21
3.5	Análise de dados	21
3.6	Aspectos éticos	23
3.7	Limitações do estudo	23
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES	24
4.1	Apresentação das mulheres entrevistadas	24
4.2	Relação com o parceiro	28
4.2.1	Compartilhamento do diagnóstico e suas implicações	28
4.2.2	Interferências do diagnóstico nas práticas sexuais	31
4.3	Relação com a família	34

4.3.1	Compartilhamento do diagnóstico	34
4.4	Relação com a equipe de saúde	38
4.4.1	Vínculo e confiança entre equipe e paciente	38
4.4.2	Condutas e orientações realizadas pelos profissionais de saúde	41
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
	REFERÊNCIAS	49
	APÊNDICE A	57
	APÊNDICE B	60
	APÊNDICE C	68
	APÊNDICE D	70
	ANEXO	71

1. INTRODUÇÃO

A descoberta da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida no ano de 1981, nos EUA, foi um importante marco na história da saúde em todo o mundo. Identificar uma nova doença em que diversas pessoas, adultos e do sexo masculino estavam com o sistema imune comprometido levou ao conhecimento desta nova infecção.

Quando nos referimos à contaminação pelo vírus do HIV infere-se que a pessoa possui o vírus, sabendo que o mesmo pode se manter latente ou ativar-se, já quando falamos sobre a AIDS compreendemos que este indivíduo apresenta o vírus na sua forma ativa em que irá atacar as células do sistema imunológico, é o desenvolvimento real da doença com o aparecimento dos sintomas.

No Brasil, o primeiro caso de AIDS ocorreu em São Paulo no ano de 1982. No início da epidemia havia um perfil de infectados, que eram homens que mantinham relações sexuais com outros homens, residentes de grandes cidades e de alto nível socioeconômico, porém com o passar dos anos houve uma expansão desta epidemia e a mudança neste perfil. Esta mudança se configura tanto pela sua forma de transmissão e pelo perfil dos infectados, como também pelo maior número de pesquisas relacionadas à temática com a finalidade de compreendê-la melhor e desenvolver métodos de tratamento e quem sabe a cura.

O que ocorreu foi um aumento no número de indivíduos que residem em pequenos municípios, o que chamamos de interiorização, sujeitos com baixo poder socioeconômico, a pauperização, com práticas sexuais heterossexuais, que seria a heterossexualização, fator este que contribuiu incisivamente no aumento do número de casos de mulheres infectadas, a feminização da epidemia.

A heterossexualização e feminização se configuram como importantes marcos para o desenvolvimento desta epidemia e de estudos científicos, pois levou à mudanças não apenas na caracterização do perfil de infectados, mas também no perfil daqueles que estão vulneráveis ao vírus. As mulheres compõem um grupo populacional mais vulnerável a adquirir esta infecção tanto por fatores biológicos como sociais. A partir de então percebeu-se que o número de mulheres infectadas pela doença estava crescendo cada vez mais.

De 1980 a 2014, no Brasil, foram diagnosticados 757.042 casos de AIDS, segundo ano de diagnóstico, destes 491.747 do sexo masculino, 265.251 do sexo feminino e 44 ignorado. O número de casos aumentou ao longo dos anos, na Bahia, foram identificados,

neste mesmo período, 25.760 caso de AIDS baseados no ano de diagnóstico, sendo que destes 16.107 eram do sexo masculino, 9.649 do sexo feminino e 4 ignorado. Já no município de Santo Antônio de Jesus, localizado no Recôncavo Baiano, também no mesmo período, foram diagnosticados 193 casos segundo o ano diagnóstico, destes 114 do sexo masculino e 79 são do sexo feminino, dados consolidados até 30/06/2014. (Fonte: TABNET/ DATASUS).

Com o aumento no número de casos percebeu-se a necessidade de ampliar a atenção oferecida a essa população e estimulou o Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis a implantar um centro no qual iria promover acesso ao diagnóstico, prevenção e tratamento da AIDS e de outras DSTs à população brasileira também na rede pública de saúde, pois inicialmente no Brasil os testes eram disponibilizados apenas nos serviços de saúde privados.

Segundo o Ministério da Saúde (MS) (2010) no final da década de 80, iniciou-se um serviço de atenção denominado como Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS) que eram consideradas maneiras alternativas de serviço de saúde em que deveria garantir o teste anti-HIV de forma gratuita e confidencial, promovendo educação em saúde e realizando o aconselhamento para estes indivíduos que realizavam a testagem.

Já nos anos 90, a partir desta transição da epidemiologia e percepção da importância de uma maior atenção e apoio a estas pessoas o COAS passou a ser chamado de Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), a alteração ocorreu em decorrência a um melhor entendimento da função do serviço, demonstrando de forma mais clara o objetivo e as atividades realizadas, tornando-o um serviço de referência ao acesso à testagem e aconselhamento em DST/AIDS, visando garantir universalidade a nível nacional a oferta de serviço do diagnóstico do HIV.

MS (1999, p. 10), esclarece que

os Centros de Testagem e Aconselhamento devem ser compreendidos como serviços de prevenção das DST/aids e do uso indevido de drogas, tendo suas ações dirigidas e adequadas às necessidades da população onde atuam. Além de servirem como referência para a oferta de informações sobre prevenção, os CTA realizam, em parceria com outras instituições (ONG e organizações governamentais–OG) locais, atividades extra-muros, procurando atingir grupos populacionais mais vulneráveis à infecção pelo HIV ou comunidades de difícil acesso.

Os atuais CTAs se transformaram em uma ação do governo com o objetivo de ampliar as possibilidades de diagnóstico e acompanhamento daqueles que estão sob suspeita

ou que possuam o vírus, funcionando como “porta de entrada” do serviço de saúde voltado para questões não apenas fisiológicas, mas também psicossociais, das quais estão enraizadas a estes indivíduos. Serve para acompanhar processos patológicos, esclarecer possíveis dúvidas, sensibilizar a população em geral, assim como realizar o acompanhamento de todos os indivíduos que procuram o serviço, realizando a testagem e o aconselhamento.

O acompanhamento, sendo uma das finalidades deste serviço é considerado como um importante fator no auxílio do enfrentamento da epidemia, sabendo que a mesma ainda esta rodeada de mitos, preconceitos e estigmas, se fazendo necessário acompanhar, informar e empoderar os usuários deste serviço. Quando falamos de mulheres deve-se ampliar ainda mais a atenção a este grupo, pois em sua maioria são mais vulneráveis pela sua situação de vida.

Ferraz e Stefanelli (2001,p.52) observam que

a revelação da soropositividade para o HIV de um membro da família interfere em todo o contexto dessa estrutura, passando por oscilações, transformações e interrupções bruscas nos relacionamentos, conturbando a dinâmica da comunicação nesse grupo social.[...] um evento traumático para a vida familiar, perturbador de sua organização interna, gerador de desequilíbrio nas relações interpessoais o que, muitas vezes, reduz o espaço social dos portadores do HIV e aids. Esse espaço, geralmente, torna-se ainda mais reduzido não só em função do preconceito e da discriminação vivenciados mas também pelos sentimentos de fracasso e culpa experimentados pela família.

Segundo Lopes e Fraga (1998), estas situações conflituosas que os portadores do vírus ainda passam é consequência da falta de informação. As pessoas ainda possuem um pensamento preconceituoso e discriminativo para com aqueles que possuem qualquer tipo de DST, em principal a AIDS, porém tais circunstâncias afetam negativamente estas pessoas, dificultando a aceitação e enfrentamento da sorologia positiva. Tunala (2002) contribui concluindo que em sua maioria o estresse vivenciado pelas mulheres a partir da descoberta da sorologia não se da relacionada diretamente à sorologia positiva para o HIV, mas sim com fatores relacionados, como os familiares, com o parceiro, transmissão para filhos e a discriminação, sendo estes os principais causadores da preocupação destas mulheres.

Percebe-se a importância de realizar estudos mais aprofundados sobre a vivência desta mulher posteriormente ao diagnostico da sorologia positiva para o HIV, suas mudanças e implicância para a vida destas mulheres. Para que assim possam ser criadas ações específicas e resolutivas que criem apoio psicossocial para então auxilia-las no processo de enfrentamento e empoderamento.

Desta forma, a partir da aproximação e vivência no CTA do município de Santo Antônio de Jesus/ Bahia a partir do desenvolvimento de um projeto universitário intitulado “Desenvolvimento de estratégias de vigilância, controle e redução da transmissão do HIV/Aids em mulheres de Santo Antônio de Jesus-Bahia” foi despertado a atenção para as mudanças (ou não) em alguns aspectos da vida destas mulheres já diagnosticadas com a sorologia positiva para o HIV. A justificativa para este estudo esta baseada em que ao conhecer mais sobre as relações interpessoais, sentimentos e vivências dessas mulheres possibilitará compreender um pouco mais e traçar estratégias de enfrentamento, orientar os profissionais e a população de uma forma geral, de como lidar com essas situações a partir das experiências de outras. Estas inquietações levaram à realização deste estudo que possui como objetivo conhecer como se dão as relações interpessoais de mulheres após o diagnóstico de HIV/AIDS.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Vulnerabilidade feminina as DST/HIV/AIDS

De acordo com Ayres e colaboradores (2003), o conceito de vulnerabilidade é expresso por um “conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados ao grau e modo de exposição a uma dada situação e, de modo indissociável, ao maior ou menor acesso a recursos adequados para se proteger das consequências indesejáveis daquela situação”.

Sabe-se ainda que a vulnerabilidade está atrelada a três conjuntos que a caracterizam, sendo eles a dimensão individual, programática e social. A dimensão individual considera o conhecimento ou a falta do mesmo que oportuniza a ocorrência da infecção, este tipo de vulnerabilidade esta associada a condições cognitivas (compreensão a informação, eficácia da prevenção e o reconhecimento da chance de infecção) e comportamentais (comportamento que visem e consigam modificar a suscetibilidade). Já a dimensão programática esta atrelada ao acesso aos serviços de saúde, o vinculo que o serviço estabelece com o usuário e as ações desenvolvidas pelos mesmos, relacionada ao comprometimento governamental com as questões de saúde. Por fim a dimensão social diz respeito ao acesso à informação e aos serviços de saúde, noção de cidadania e direitos, dentre eles os sexuais e reprodutivos, pelas crenças e valores relacionados à sexualidade, dentre outros.

Segundo Barbosa (1999, p. 281)

“a vulnerabilidade feminina ao HIV necessariamente remete às formas como homens e mulheres se relacionam em nossa sociedade, a dinâmica de poder que perpassa tais relações e o imaginário coletivo em relação aos papéis de gênero – que, certamente, constituem importantes variáveis na conformação do atual perfil da epidemia”.

Desta forma, deve-se compreender que as relações de gênero possuem grande importância quando abordamos o tema vulnerabilidade feminina, pois esta é resultante de diversas condições da mulher, sendo elas biológicas, referente às características do órgão sexual feminino em que possui maiores chances para a contaminação pelo vírus, como de condições sociais. Sabe-se que ao longo dos anos o papel da mulher na sociedade vem se modificando pela inserção da mesma no mercado de trabalho, pela maior autonomia e seu empoderamento, porém ainda está enraizado o seu posicionamento submisso em relação aos homens. Podemos perceber isso na fala de Moreschi e colaboradores (2012, p. 86) quando ele ratifica que

o aumento da incidência do número de casos de HIV em mulheres evidencia que essa população está vulnerável à epidemia da AIDS, o que pode ser atribuído a vários fatores que vão desde a vulnerabilidade biológica, contextos históricos relacionados à opressão, subjulgamento e poder limitado nas relações afetivas, ou ainda por submissão imposta no relacionamento, submetendo-se, assim, conscientemente a suas escolhas.

É inegável que algumas mulheres ainda possuam a dificuldade de negociar o uso do preservativo durante as relações sexuais com seu parceiro, em alguns casos não solicitam por receio do que o mesmo poderá achar, pelo parceiro não gostar ou até mesmo por não se perceberem vulneráveis à infecção, delegando ao parceiro a opção de decidir pelo uso. Moreschi et al, (2009, p. 87) complementa ainda que “fatores como a falta de informação/orientação, a pouca resolutividade dos serviços de saúde e os comportamentos individuais são considerados cruciais, tendo em vista o reflexo que terão em relação à maior exposição ou proteção à infecção pelo HIV, tornando as mulheres vulneráveis sobre vários aspectos”.

Esta relação de menor poder não acontece apenas na negociação do uso do preservativo, mas inclui também na maior chance de sofrer violações e praticarem relações sexuais contra a vontade e a dependência financeira que esta se submete, pois em muitos casos possuem menor acesso ao emprego e educação por permanecerem ainda como as cuidadoras de toda a família, o que cria para estas uma dependência de moradia e renda, necessitando muitas vezes se submeter à vontade dos seus companheiros para não se dispor com os mesmos, como fator de sobrevivência própria ou dos filhos.

Percebe-se a influência da vulnerabilidade e da falta de empoderamento feminino frente à infecção. A falta deste fator se configura como ponto importante para a prevenção da transmissão do vírus do HIV, a mulher precisa se perceber dona das suas vontades e das suas ações, para que assim a mesma possa tomar decisões frente à sua relação com o parceiro. É importante também conscientiza-las sobre a sua vulnerabilidade, demonstrando a importância de se prevenir em todas as circunstâncias.

Silva et al (2009,p. 405), conclui com a afirmativa que

Isto demonstra grande importância para o profissional de saúde investir no empoderamento dessas mulheres como estratégia para redução da desigualdade de gênero. Entendemos que relações menos assimétricas constituem fator decisivo para a diminuição da vulnerabilidade da população feminina, e por consequência da incidência e da prevalência das DST/HIV.

2.2 Interações sociais e enfrentamento da epidemia

A AIDS é uma doença infectocontagiosa em que possui tratamento e não a cura, por isso ao longo dos anos tal doença esteve sempre atrelada à alta taxa de letalidade e os infectados eram consideradas pessoas que não possuíam qualidade de vida e que adquiriam características físicas específicas, o que suscitava em medo e pânico de contágio. Porém mesmo com diversos estudos ao longo dos anos em que deveriam ter desmistificados certos conceitos sobre a doença, esta ainda esta rodeada de preconceito, discriminação, estigmas e isolamento daqueles que a possuem.

Almeida e Labronici (2007, p. 264) ratificam que

A existência de tais questões faz com que muitas pessoas afetadas pela AIDS caminhem solitária e silenciosamente, limitadas em suas possibilidades de direitos e de acesso aos meios de proteção, promoção e assistência, obrigando-as muitas vezes a esconder sua condição sorológica pelo medo de se expor e de padecer de preconceito ou discriminação, respostas provocadas pelo estigma.

O isolamento não esta relacionado apenas a pessoas conhecidas, mas também familiares íntimos e com o parceiro. Os autores ainda discutem que essas pessoas carregam uma identidade marcada e deteriorada, a pessoa passa a ser vista apenas como portadora de um vírus levando ao descredito e esquecimento de outros atributos e qualidades pessoais. Todo esse contexto dificulta o enfrentamento da epidemia criando em muitas situações um sentimento de revolta ou até mesmo de culpa.

Lopes e Fraga (1998, p.76) afirmam que

existem problemas relacionados ao tratamento que também afetam os portadores do HIV, como os diversos efeitos colaterais que, em muitos casos, levam o paciente a uma espécie de depressão psicológica causada por longos períodos de tratamento e constantes retornos ao hospital. Em muitos casos, isto se associa ao abandono pelos familiares, perda do emprego e o isolamento. O medo da morte é um outro fator relevante que leva a gravíssimos quadros de angústia.

Ao se descobrir soropositivo, o indivíduo passa por diversas situações, desde o momento que descobre o diagnóstico, passando por compartilhar com outras pessoas até chegar à adesão do tratamento, porém tais questões são acompanhadas por muitas dificuldades. Inicialmente aceitar-se com o vírus não é um momento fácil, nesta hora sentimentos de culpa e renúncia estão presentes, sendo importante o apoio e aconselhamento da equipe para que esta pessoa receba as informações necessárias, sejam esclarecidas possíveis dúvidas e informado sobre as formas de tratamento, assim como possam receber um apoio não apenas voltada para as questões biomédicas, mas também no contexto social em que possa ser criado um alicerce para este indivíduo.

CARVALHO, GALVÃO e SILVA (2010, p.95 apud Ação Anti-AIDS. Boletim Internacional sobre prevenção e assistência à AIDS, 2004)

Para o portador da doença, o diagnóstico é sempre um choque e acarreta traumas de natureza física, emocional e social. Em virtude destes, existem as mais diferentes reações. Mas a forma como vai reagir a essas mudanças vai depender de fatores diversos, entre eles sua personalidade e seu contexto social e familiar.

Esta epidemia está atrelada desde a sua origem a práticas promíscuas e ao homossexualismo, desta forma a descoberta da sorologia conduz a estas portadoras o sentimento de medo e angústia, pois mesmo com diversas ações públicas de saúde na tentativa de desmistificar, esclarecer e informar a população sobre a realidade da epidemia, esta ainda é acompanhada pela discriminação e preconceito. Segundo Carvalho e Galvão (2008, p. 91) “Diante da descoberta do diagnóstico de aids, a mulher experimenta sentimentos de incerteza e insegurança, conduzindo a viver um momento de crise.

BOTTI et al, (2009, p.80) conclui que

No atendimento a estas mulheres, observa-se que os conflitos relatados, apesar de serem subjetivos, estão vinculados à condição de ser portadora do vírus numa perspectiva além da existência do vírus no sangue, ou seja, a situação sorológica ultrapassa as questões biofisiológicas, transcendem o corpo, envolvem a psique, ou seja, a força dinâmica e energética da existência humana – a alma dessas mulheres.

Este momento de crise está vinculado não apenas ao sentimento desta mulher perante a sorologia propriamente dita, mas principalmente a reação dos familiares e do companheiro ao compartilhar este diagnóstico, que dependerá do contexto que está inserida e da forma como irá encarar esta descoberta. Além da dificuldade em se aceitar soropositiva o paciente cria em si a dúvida da reação dos outros e se haverá apoio ou não, por isso em sua maioria preferem não contar a determinadas pessoas, pela discriminação ainda existente. Neste momento o profissional possui grande importância, orientando que a mesma compartilhe com o companheiro para que o mesmo também realize a testagem, caso ainda não possua conhecimento do seu status sorológico, e que possa contar a pessoas que possam auxiliá-la neste processo, sabendo que não deverá impor nem mesmo compartilhar este diagnóstico sem a autorização do paciente.

Em sua maioria os pacientes preferem não compartilhar com familiares, em especial os pais, para que não haja uma recriminação perante a sorologia já que a mesma ainda está atrelada para a maioria as pessoas com práticas e comportamentos não aceitos socialmente, ditos como inadequados. O mesmo ocorre quando nos referimos ao parceiro sexual, há uma diferenciação quando o mesmo já tem conhecimento da sorologia ou quando a síndrome ainda não se manifestou, ou até mesmo quando não possui o vírus.

O medo da não aceitação e da reação dos familiares cria nesta mulher uma insegurança, porém este sentimento vai além desta perspectiva, por ainda ser uma doença atrelada a um mal prognóstico as mulheres se consideram em uma situação de baixa sobrevivência e de mudanças corporais e da sua rotina. Para Lopes e colaboradores (1994), doenças como as infecções pelo HIV possuem importante fator causador de disfunções sexuais, no que se refere a mitos e preconceitos, levando ao rebaixamento da auto-estima, dificultando o relacionamento do casal e trazendo como consequência a diminuição do desejo sexual

Afetando a sua sexualidade também irá interferir na sua relação com o parceiro, principalmente quando o mesmo não possui o diagnóstico para a sorologia. Freitas, Gir e Rodrigues (2000, p.82) ratificam que “a adaptação sexual pode e deve ser fonte de prazer, afeto e conforto para as pessoas que tanto já sofreram e que têm que conviver com o fantasma da AIDS. A enfermagem contribui com a melhora da qualidade de vida dessas pessoas através da relação de ajuda”.

Desta forma, sabe-se dos diversos enfrentamentos que a mulher que descobre a sorologia para o HIV deve encarar, além da mesma ter que se perceber soropositiva e aceitar a

sua situação de saúde precisa aprender a conviver com essa realidade e compartilhar com familiares e parceiros, necessitando enfrentar os preconceitos e a discriminação ainda existente, o que em muitos casos fazem com que não dividam o diagnóstico pelos estigmas que perpassam a doença. Quando falamos sobre a relação com o parceiro, esta irá depender se o mesmo apresenta ou não sorologia para o HIV, pois isto é condição para elas se sentirem a vontade para contar e dos mesmos aceitarem a parceira pós-diagnóstico.

Neste momento percebe-se a importância de profissionais capacitados para auxiliar o enfrentamento, é necessário reconhecer e respeitar as limitações de cada paciente visualizando cada ser como único e que precisa de apoio. Explicar e esclarecer o que é a doença, formas de transmissão, o que irá acontecer agora pós-diagnóstico, assim como o tratamento e todos os efeitos colaterais se configuram como uma das formas de apoio.

Ainda é um grande choque descobrir a sorologia, a população como um todo ainda possui preconceito para com estas pessoas por todo estereótipo que foi criado ao longo desta epidemia, fatores que dificultam o enfrentamento e a aceitação, porém com apoio de familiares e dos profissionais auxiliará este processo. Além disso, e principalmente, a pessoa que descobre a sorologia não deverá ser vista apenas como portadora do vírus, mas sim uma pessoa que pela vulnerabilidade em que se encontrava contraiu o vírus e não deixa de possuir as qualidades antes identificadas e que não devem se afastar de amigos e familiares, e sim que estes sirvam de alicerce para auxiliar no empoderamento do paciente e enfrentamento da epidemia.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de pesquisa

O presente estudo tratou-se de uma pesquisa de caráter qualitativo e natureza descritiva. Ao trazer o conceito de pesquisa qualitativa Minayo (2009, p. 21) diz que:

ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui com parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes.

Desta forma na pesquisa qualitativa a preocupação não está relacionada com a quantidade, a representatividade numérica, mas sim com o aprofundamento da compreensão das falas que foram coletados dos sujeitos da pesquisa, discursos estes que não são

quantificados, mas sim interpretados a partir de entrevistas, observações, experiências visuais, dentre outros métodos que permitem conhecer as características do grupo social estudado.

Considerando a natureza descritiva como objetivo da pesquisa, segundo Gil, (2008, p. 28):

As pesquisas deste tipo têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. São inúmeros os estudos que podem ser classificados sob este título e uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados.

3.2 Campo de Pesquisa

O presente estudo foi desenvolvido no município de Santo Antônio de Jesus (SAJ), localizado na região do Recôncavo Sul do estado da Bahia, sendo realizado no Centro de Testagem e Aconselhamento/Serviço de Atendimento Especializado (CTA/SAE) do município supracitado. Desde a sua implantação na cidade em 2007, este serviço atende não apenas a população de SAJ, mas também aproximadamente 25 municípios circunvizinhos, com a finalidade de realizar testagens sorológicas, acompanhamento dos pacientes, dispensação de medicações e aconselhamento sobre diversas DST's.

Esta unidade se configura como um serviço de atendimento especializado de testagem não apenas para HIV, mas também sífilis, HTLV, hepatites B e C. É composta por uma equipe multiprofissional possuindo enfermeiras, médicos, assistente social, farmacêutica, psicóloga, técnicos de enfermagem, recepcionista e serviços gerais, tais profissionais compõe esta unidade e auxiliam no seu funcionamento de forma mais eficaz possível, possui como horário de atividade das 8 horas até 17 horas, com intervalo entre meio dia e 14 horas, e de segunda a sexta-feira. A quantidade de atendimento é variável durante os dias da semana assim como a quantidade de homens e mulheres, pois a agenda do serviço é dividida por especialidade a cada dia.

Quando nos referimos à agenda, foi observado que a mesma é dividida para que contemple as necessidades da população assistida no setor. Segunda-feira pela manhã é o momento destinado para a realização dos exames sanguíneos que buscam quantificar a carga viral dos pacientes soropositivos acompanhados pela unidade, a tarde a consulta esta destinada aos pacientes que apresentam algum dos tipos das hepatites virais. Terça e quarta-feira atendimento com médicos infectologistas, já na quinta-feira pela manhã o atendimento é com o ginecologista/infectologista e com a pediatra, que realiza acompanhamento das

crianças soropositivas e daquelas que possuem a vulnerabilidade para adquirir a sorologia por suas mães possuírem o vírus.

As entrevistas foram realizadas nos consultórios (enfermeira ou assistente social) ou na sala de reunião, estes eram ambientes tranquilos, discretos o que favorecia o diálogo. Em alguns momentos as entrevistas foram interrompidas, entretanto tal acontecimento não comprometeu o processo de coleta dos dados.

Segundo Minayo (2009, p. 61):

O trabalho de campo permite a aproximação do pesquisador da realidade sobre a qual formulou uma pergunta, mas também estabelecer uma interação com os “atores” que conformam a realidade e, assim, constrói um conhecimento empírico importantíssimo para quem faz pesquisa social.

3.2.1 A aproximação com o cenário da pesquisa

Tal aproximação ocorreu através da participação da discente como bolsista do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - Vigilância à Saúde (PET/VS), desenvolvido na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), cujo sub-projeto é intitulado como “Desenvolvimento de estratégias de vigilância, controle e redução da transmissão do HIV/Aids em mulheres de Santo Antônio de Jesus-Bahia”. O PET possibilitou aos discentes a aproximação e conhecimento do campo, assim como a realização de atividades de extensão e pesquisa. Inicialmente foi realizada observação da unidade para aprofundamento sobre a temática e a possibilidade de conhecimento sobre a dinâmica de funcionamento, posteriormente foi elaborado um roteiro de entrevista semiestruturada, testado e aplicado aos sujeitos da pesquisa.

A aproximação com o serviço e com a realidade dos usuários ocorreu a partir do satisfatório acolhimento dos profissionais, nos integrando como parte da equipe, e da população atendida, possibilitando o bom andamento do projeto e favorecendo as etapas seguintes. A partir da vivência e percepção do contexto do objeto de estudo foi percebida a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre esta temática.

3.3 Os sujeitos da pesquisa

Foi um total de 12 entrevistadas, no período compreendido entre setembro a novembro de 2014, considerando como critério de inclusão as mulheres que já possuíam o diagnóstico de HIV/AIDS.

A captação das mulheres para realização da entrevista foi feita de forma aleatória sem indicação prévia de nenhum dos profissionais da unidade, realizada durante o momento em que as mesmas aguardavam para a consulta com o profissional médico. Ao abordarmos o pesquisador se apresentava, informando a universidade vinculada e que se tratava de um projeto, era explicado o objetivo do trabalho e as contribuições que esta entrevista poderia proporcionar, sempre ratificando a garantia do sigilo das informações e o anonimato das entrevistadas e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Como forma de garantir este anonimato, a presente pesquisa identificou estas mulheres com um codinome, que foram escolhidas nomes de pedras preciosas, sendo estas joias raras que merecerem ser valorizadas e respeitadas por todos, assim como estas mulheres.

3.4 Coleta de dados

Como técnica de coleta de dados foi utilizado um roteiro na realização da entrevista semiestruturada (APÊNDICE B). E entrevista para Minayo (2009, p.64) “tem o objetivo de construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes com vistas a este objetivo”.

As entrevistas podem ser classificadas a depender da sua finalidade e forma de organização, o roteiro da entrevista utilizado na pesquisa é a semiestruturada, que segundo Minayo (2009, p. 64), “combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada”.

As entrevistas foram realizadas mediante um roteiro de perguntas previamente construído, testado e adaptado às necessidades e registradas por um gravador eletrônico com posterior transcrição na íntegra, o instrumento utilizado possui oito tópicos, sendo eles a identificação do instrumento, perfil socioeconômico da usuária, antecedentes ginecológicos e obstétricos, investigação sorológica, percepção da saúde sexual, uso de insumos de prevenção, vulnerabilidade às DSTs e fluxograma de atendimento (específico para mulheres com diagnóstico prévio).

As entrevistas realizadas possuíram como média de duração 30 minutos, sendo que ao longo destas eram percebidas diferentes reações a partir dos questionamentos feitos e das respostas ditas por elas. Algumas demonstravam desconforto em retomar situações vivenciadas, já outras permaneciam confortáveis ao compartilharem diversas experiências em

que não interferiam mais na sua vida. Porém de maneira geral, não foi percebido discrepâncias de reações às perguntas realizadas durante a entrevista.

3.5 Análise dos dados

O método de análise das entrevistas escolhido para a organização das falas foi a análise de conteúdo, definida por MINAYO (2009, p. 83 apud Bardin, 1979,p.42)

conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

A técnica de análise de conteúdo apresenta três etapas distintas de organização, que consistem em: pré- análise, exploração do material e tratamento dos resultados/inferência/interpretação. Tais trajetórias foram utilizadas a fim de embasar a análise dos discursos obtidos com a coleta.

Como primeira etapa a pré-análise consiste em realizar uma leitura exaustiva do material da coleta a fim de compreender e se apropriar do conteúdo da mesma, desta forma o pesquisador poderá ter um visão completa sobre os discursos para que já possa ir se balizando para a análise e interpretação, se configura como a escolha das questões norteadoras a serem submetidas à análise com o intuito de atingir o objetivo estabelecido, organizando e sistematizando as ideias. A segunda etapa como o próprio nome infere é a real exploração do material, sendo realizada uma análise sistemática dessas falas e sua categorização, que consiste na identificação de temas centrais agrupando os questionamentos que possuem relação para que sejam discutidos.

Podemos considerar a categorização segundo MINAYO (2009, p. 88 apud Bardin,1979, p. 117)

uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com critérios previamente definidos. As categorias são rubricas ou classe, as quais reúnem um grupo de elementos (unidade de registro) sob um título genérico.

Para finalizar, a terceira etapa segundo CAPELLE, MELO E GONÇALVES, (2003 p.6) “os dados brutos são submetidos a operações estatísticas, a fim de se tornarem significativos e válidos e de evidenciarem as informações obtidas”, neste momento o

pesquisador realizará suas interpretações sobre os dados produzindo assim os resultados respondendo ao objetivo da pesquisa.

Essas etapas de análise são baseadas em Bardin que orienta a estruturação da análise dos dados, salientando que as mesmas são divididas, porém acontecem ao longo de toda a pesquisa a partir de releituras das entrevistas em que podem ser observados pontos-chaves antes não identificados. O objetivo central seria a identificação de palavras-chave ou temas centrais que foram abordados nas entrevistas realizadas, para que com esse agrupamento a análise possa se estruturar. Dessa maneira emergiram três categorias decorrentes da análise realizada: relação com o parceiro, relação com os familiares, relação com a equipe de saúde.

Foi utilizada a metodologia de análise de conteúdo de Bardin para a estruturação e organização das falas, sendo que a análise dessas será baseada em outros estudos que falam sobre a temática DST e HIV/AIDS, realizando uma comparação com o que foi identificado e a literatura.

3.6 Aspectos éticos

Como já citado a pesquisa em questão se configura como um projeto guarda-chuva em que está vinculada ao estudo “Desenvolvimento de estratégias de vigilância, controle e redução da transmissão do HIV/Aids em mulheres de Santo Antônio de Jesus-Bahia”, já submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, através do número do parecer 191.710, com data da relatoria em 18/02/2013 (ANEXO). No Brasil todo trabalho que envolva seres humanos deve obedecer ao que é recomendado pelo Conselho Nacional de Saúde através da Resolução Nº 466 de 12 de Dezembro de 2012, onde estão dispostos os aspectos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos, processo de consentimento livre e esclarecido, riscos e benefícios, resoluções e normas específicas e outras disposições.

Os sujeitos participaram da mesma mediante assinatura do TCLE (APÊNDICE A) que foi apresentado individualmente após o esclarecimento sobre a pesquisa informando o objetivo da mesma e ratificando o sigilo das informações, sabendo que estas serão utilizadas apenas em cunho científico, garantindo o anonimato. Tal termo será assinado por cada participante em duas vias, sendo que uma fica em posse do entrevistado e outra do pesquisador a ser arquivado, estando em consonância com o princípio da autonomia, na qual

garante a participação na pesquisa e o direito do sujeito interromper a entrevista, em qualquer momento, se desejar.

3.7 Limitações do estudo

Como facilidade identificada no estudo pode ser citada a contribuição dos profissionais com o mesmo, não apenas por colaborarem com o andamento da pesquisa, mas também pela recepção aos pesquisadores, explanação sobre o funcionamento da unidade e sempre se mostraram disponíveis para esclarecer possíveis dúvidas e auxiliar no que fosse necessário.

Outro importante facilitador é a relação de confiança das entrevistadas com os profissionais desta unidade, portanto as mulheres dificilmente negavam participar do estudo. Porém este se configura simultaneamente como um fator de limitação, pois aquelas que se negavam justificavam o medo de perder a consulta por estar participando da entrevista ou por não residirem na cidade, que era percebida pela preocupação com o horário.

Como entrave da pesquisa pode ser citada a falta de um local apropriado para a realização da mesma, eram utilizadas salas de atendimentos de alguns profissionais que não estavam no momento ou na sala de reuniões, porém em algumas entrevistas era necessário a interrupção, pois os profissionais precisavam entrar nestas salas. Embora isto tenha ocorrido, não foi percebida influência negativa no registro das falas e andamento da entrevista.

Outra dificuldade encontrada foi a falta de caracterização por gênero dos atendimentos diários, não há separação entre dias de atendimento do sexo feminino ou do sexo masculino, desta forma alguns dias que os pesquisadores foram para o serviço não tinham mulheres marcadas para serem atendidas, já em outros momentos no mesmo dia da semana estas se faziam presentes. Seria interessante para a pesquisa que houvessem dias específicos para o atendimento da mulher, principalmente porque poderiam ser desenvolvidas outras atividades na unidade voltadas para este grupo populacional.

Por ser uma temática que apresenta ampla discussão na atualidade não foi difícil encontrar materiais que servissem de referência para a construção da presente pesquisa.

4. RESULTADO E DISCUSSÃO

Após a realização dos passos metodológicos de uma análise conteúdo surgiram como já citados temas centrais com a definição das categorias de análise, a seguir os resultados são apresentados e discutidos a partir da análise dos relatos presentes na pesquisa.

4.1 Apresentação das mulheres entrevistadas

Participaram do estudo 12 mulheres soropositivas e ao traçarmos a faixa etária cinco mulheres de 20 a 30 anos de idade, uma de 31 a 40 anos, três de 41 a 50 anos, uma de 51 a 60 e duas de 61 a 70 anos. Indicando o aumento da incidência de jovens que possuem o vírus, que é denominado juvenilização, isto pode ser entendido pelo início cada vez mais precoce da vida sexual e a partir disto o alerta quanto a possibilidade de transmissão vertical, visto que se configuram como mulheres em idade fértil.

Quanto à escolaridade, cinco tinham ensino fundamental incompleto, quatro com ensino médio completo, duas com ensino médio incompleto e uma tinha ensino superior completo. Ainda assim o nível de escolaridade foi considerado baixo, e como é utilizada com indicador de situação socioeconômica caracteriza uma mudança no perfil epidemiológico, a pauperização.

No que se refere à cidade em que reside três moravam em Santo Antônio de Jesus, e as demais em cidades menores circunvizinhas como duas em Amargosa, duas em Castro Alves, uma de Cairu, uma em Morro de São Paulo, uma em Tancredo Neves, uma em São José e em de Nazaré. Percebe-se então que a epidemia atinge também cidades com número pequeno de habitantes, situação descrita como interiorização da epidemia.

Quanto ao estado civil, cinco eram solteiras, duas possuíam união estável, este mesmo valor para divorciada e para casada, além destas uma era viúva. Isto nos remete a importância de estimular as formas de prevenção da transmissão, conscientiza-las do uso do preservativo em todas as relações não apenas para que são solteiras, mas também para as casadas e com união estável, em que podem ser sorodiferentes ou até mesmo ambos possuírem o vírus, mas este uso resultaria em prevenção da reinfeção e aumento da carga viral. Na pesquisa todas as mulheres mantinham práticas heterossexuais, o que caracteriza uma outra alteração no perfil, refletindo no maior número de mulheres com a sorologia.

Ao analisarmos o item ocupação foi encontrado diferentes formas de inserção das mulheres no mercado de trabalho, quatro são autônomas sem estabelecimento próprio, duas

são assalariadas, duas desempregadas, duas aposentadas, uma autônoma com estabelecimento próprio, uma nunca trabalhou.

[...] na roça com o marido. Quem tem HIV o povo não gosta de dar emprego, tem gente que é racista [...]. (Pérola)

Esta fala nos remete ao preconceito que ainda se faz presente, justificado pela falta de informação de toda a sociedade o que resulta no isolamento destes indivíduos. De acordo com a lei nº 12.984, de dois de junho de 2014,

Art. 1º Constitui crime punível com reclusão, de 1 (um) a 4 (quatro) anos, e multa, as seguintes condutas discriminatórias contra o portador do HIV e o doente de aids, em razão da sua condição de portador ou de doente: [...]

II - negar emprego ou trabalho.

De acordo com o Departamento de DST, AIDS e hepatites virais o portador do vírus tem o direito de não revelar a sua sorologia no ambiente de trabalho, ratificando que a exigência do exame para testagem sorológica para admissão, permanência ou demissão é ilegal e constitui como ato de transmissão. O Departamento ainda informa que o cidadão brasileiro que não possa trabalhar justificado por doença ou acidente tem direito ao benefício de auxílio-doença, e quando levamos em consideração pessoas com HIV/aids terá benefício sem necessitar de prazo mínimo de contribuição.

Já quando nos referimos à cor, seis se autodeclararam negras, seguida por três pardas, duas da cor amarela e uma como branca. Este resultado pode ser justificado pelo estudo ter sido desenvolvido no Recôncavo Baiano, onde por todo contexto histórico há uma grande concentração de negros e pardos. Taquette (2010) infere que a cor da pele se caracteriza como uma condição de vulnerabilidade pelo cotidiano de discriminação racial, que compromete muito além da autoestima, mas também impede ou dificulta o acesso a bens e serviços, a autora ainda afirma que a mulher negra sofre comumente por ser mulher, negra e pobre, principalmente por possuírem menos oportunidades e serem vistas como submissas em diversos aspectos, principalmente no controle da sua saúde sexual.

Tabela 1 – Caracterização socioeconômica das mulheres entrevistadas neste estudo atendidas no CTA de SAJ, 2014.

Nome	Idade	Escolaridade	Cidade	Estado Civil	Ocupação	Cor
Esmeralda	30	Ensino fundamental incompleto	São José	Casada	Desempregada	Negra
Rubi	43	Ensino médio completo	Nazaré	Divorciada	Autônoma sem estabelecimento próprio	Parda
Ágata	45	Ensino superior completo	Castro Alves	Solteira	Assalariada	Parda
Safira	69	Ensino fundamental incompleto	Santo Antônio de Jesus	Viúva	Aposentada	Branca
Ônix	55	Ensino fundamental incompleto	Morro de São Paulo	Solteira	Assalariada	Negra
Pérola	41	Ensino fundamental incompleto	Santo Antônio de Jesus	União Estável	Autônoma sem estabelecimento próprio	Negra
Cristal	24	Ensino médio completo	Castro Alves	Solteira	Autônoma sem estabelecimento próprio	Negra
Turquesa	26	Ensino médio incompleto	Amargosa	Solteira	Desempregada	Amarela
Ametista	37	Ensino médio completo	Santo Antônio de Jesus	União estável	Autônoma com estabelecimento próprio	Parda

Jade	21	Ensino médio incompleto	Amargosa	Solteira	Autônoma sem estabelecimento próprio	Negra
Quartzo	28	Ensino médio completo	Cairu	Divorciada	Nunca trabalhou	Negra
Turmalina	66	Ensino fundamental incompleto	Tancredo Neves	Casada	Aposentada	Amarela

Fonte: Da autora

4.2 Relação com o parceiro

4.2.1 Compartilhamento do diagnóstico e suas implicações

Pelo estigma que ainda circunda a sorologia a sua descoberta possui grande preocupação para as mulheres quando nos referimos ao compartilhamento deste resultado com o parceiro, o medo da rejeição e do abandono toma conta da maior parte das mesmas, porém tal situação é menos evidente quando este já possui o vírus e o conhecimento da sua sorologia.

ALMEIDA e LABRONICI (2007, p.264) afirmam que

A existência de tais questões faz com que muitas pessoas afetadas pela AIDS caminhem solitária e silenciosamente, limitadas em suas possibilidades de direitos e de acesso aos meios de proteção, promoção e assistência, obrigando-as muitas vezes a esconder sua condição sorológica pelo medo de se expor e de padecer de preconceito ou discriminação, respostas provocadas pelo estigma.

Das 12 mulheres participantes do estudo, seis compartilharam o diagnóstico com o parceiro atual, sendo quatro destas mulheres o parceiro é sorodiscordante, ou seja, estes não possuem sorologia para o vírus, as demais possuem parceiro com o diagnóstico positivo para a sorologia. Das demais participantes, duas os parceiros foram a óbito antes da descoberta e não possuíram parceiros após a perda, três descobriram e não estavam mais com parceiros e não tiveram relacionamentos posteriores e uma não contou ao parceiro por receio da reação do mesmo.

Ao analisarmos o questionamento sobre o conhecimento do status sorológico da paciente pelo parceiro e a relação entre ambos após a descoberta, das duas mulheres que relataram a sorologia positiva do casal informaram que não ocorreram mudanças em seu relacionamento, que ambos são acompanhados pelo serviço e que atualmente a relação é estável e sem maiores complicações.

Já quando se tratam das mulheres com relacionamentos sorodiferentes, uma delas compartilhou o diagnóstico apenas com o companheiro e no momento deste questionamento a mesma relata:

“[...] Conteí apenas para meu atual namorado, porque minha mãe é muito preconceituosa e eu vejo o que ela faz com a minha tia que também é soropositiva [...]” (Jade)

Percebe-se com esta fala o medo da renúncia dos familiares, e que a estigmatização da doença possui influência no momento de compartilhar este diagnóstico com outras pessoas, e na tentativa de manter uma relação próxima e sem alterações preferem, em muitos casos, não compartilhar. No caso desta paciente o diagnóstico não foi relatado pela mesma para o parceiro, ela apenas confirmou uma história contada pela ex-sogra, que de acordo com a mesma contou na tentativa de terminar o namoro. Quando questiono como ficou a relação com o parceiro após a descoberta, refere que:

“[...] nos primeiros três dias ele ficou bem estranho para absorver, e depois ele aceitou de boa. Eu acho que se eu fosse ele eu teria sumido, mas ele aceitou de boa. Disse que estava apaixonado pra desistir [...]”. (Jade)

Esta fala nos infere que mesmo a paciente possuindo sorologia ainda assim apresentou preconceito quanto ao diagnóstico, referindo que se ela estivesse no lugar do seu parceiro não iria manter o relacionamento. Esta questão é relatada na literatura quando abordado que muitos pacientes não compartilham o seu status sorológico para o parceiro com receio da reação do mesmo, se irá aceitar ou abandoná-lo. Pode-se observar isso na fala de uma outra mulher que não compartilhou o diagnóstico pelo receio do que poderia acontecer com a sua relação.

“[...] Eu tenho um namorado, mas não moramos juntos. Ele não sabe que eu sou portadora do vírus, é um relacionamento recente, mas não

sei o momento que vou dizer, se vou dizer, mas tenho muito cuidado com ele[...]”. (Ágata)

“[...]Eu praticamente fiquei um tempão sem ter namorado, porque eu ficava com medo, porque eu achava que eu era obrigada a dizer que eu era portadora do vírus do HIV, e eu dizendo isso claro, que no dia seguinte, a pessoa não ia olhar mais para minha cara né, é complicado você encontrar uma pessoa, porque todo mundo se assusta né, talvez atualmente as pessoas não se assustem tanto porque sabem que existe tratamento [...]”. (Ágata)

A partir das falas deste sujeito percebe-se o medo da rejeição, a percepção de que se contar não irá conseguir manter um relacionamento estável. Todo esse pensamento está enraizado na sociedade pela visão que a mesma possui sobre esta epidemia, ainda é uma doença vista com maus olhos e que remetem comportamentos inadequados e em sua maioria voltados para a sexualidade de forma promiscua.

Segundo Maliska et al, (2009,p.86) “a aids tem sido muito mais expressiva do ponto de vista psíquico, social, cultural, político e econômico do que propriamente biológico, pois o impacto inicial é o reconhecimento de si como sendo mais um ator deste drama social.” Tal autor ratifica a discussão sobre os fatores determinantes na aceitação da doença e em quais âmbitos ocorrerá alterações, remete que as alterações ultrapassam apenas o fator biológico e os sintomas do desenvolvimento da síndrome, mas sim as implicações e, principalmente, as alterações das relações interpessoais com o compartilhamento do diagnóstico.

Uma outra colaboradora da pesquisa refere que assim que descobriu o diagnóstico estava em um relacionamento e ao compartilhar o diagnóstico o parceiro negou possuir o vírus e que a mesma não havia contraído com ele, em que culminou com o término do namoro. Ratificando o medo de muitas ao compartilhar o diagnóstico com o parceiro pelo temor de como irá reagir e se permanecerá no relacionamento. Porém esta refere que ao terminar esteve amparada com um amigo que atualmente é o seu noivo e a acompanhou todo o processo, desde a descoberta da sorologia.

Em outra entrevista é relatado que a mulher compartilhou este diagnóstico apenas porque os profissionais do serviço orientaram que o parceiro realizasse também a sorologia para o vírus, ao questionar sobre as mudanças no relacionamento a mesma afirma:

“[...] A mesma coisa. Não mudou não, ficou até melhor (risos). Porque a psicóloga explicou tudo para ele, deu conselho a ele, ai ele ficou até melhor. Tá mais meigo, dá mais atenção [...]”. (Turquesa)

O que nos infere a importância da atuação do profissional neste processo, possuindo influência nas reações e no enfrentamento da sorologia. Já uma outra paciente relata que o parceiro soube do diagnóstico junto a paciente contado pelo médico, encaminhando-o também para a testagem sorológica. Sobre a relação após a descoberta:

“[...] Ele reagiu normal, na palavra né. Mas tem horas que vem a lembrança que eu estou com esse problema, depois a gente esquece e entrega na mão do Senhor e a gente sempre assim mantém a fé e a esperança que o Senhor está sempre cuidados de nós [...]”. (Esmeralda)

Refere que o momento foi um susto para ambos, mas que estão tentando a cada dia enfrentar esta doença. Sabe-se que é um momento complexo, e que o apoio do parceiro possui influência direta na aceitação da paciente com a doença, porém também sabe-se que complicado este compartilhamento por todo o histórico que a doença carrega com si. Por isso que se há diversas ações públicas de saúde na tentativa de disseminar informação para a população, na tentativa de criar um embasamento teórico na finalidade de diminuir ou suprimir o preconceito.

ALMEIDA e LABRONICI (2007, p.264) concluem que

o advento dos antiretrovirais que melhoraram a qualidade de vida das pessoas, afastando-as da grande letalidade da doença, persevera a triste constatação de que a epidemia ainda é soberana e que a relação do conviver com o HIV e a AIDS continua cobrando um alto custo em sofrimento humano advindo do estigma, preconceito e discriminação que a doença impõe.

4.2.2 Interferências do diagnóstico nas práticas sexuais

Por se tratar de uma doença infectocontagiosa possuindo como principal meio de transmissão a relação sexual, esta esteve sempre associada a práticas sexuais promiscuas, e há

diversos estudos científicos que retratam sobre a sexualidade e as práticas sexuais após o diagnóstico da sorologia, levando em consideração que em sua maioria este diagnóstico apresenta repercussões em diversas questões do convívio com o parceiro.

Ao abordar a temática, diversos estudos abordam que a mulher não possui apenas receio pelo julgamento que vai ser feito ao compartilhar este diagnóstico, mas também o medo do abandono e da modificação da relação com o parceiro. Nesta subcategoria discutiremos a interferência do diagnóstico nas práticas sexuais dos sujeitos do estudo com seus parceiros.

Ao relatarmos sobre esta temática, das 12 entrevistadas 5 não tiveram relações sexuais após o diagnóstico da sorologia, sendo que destas apenas 2 justificam a ausência pela óbito do parceiro e não ter iniciado um novo relacionamento. As demais relatam não ter se envolvido sentimentalmente ou sexualmente com outras parcerias por influência do diagnóstico.

“[...] nem faço questão de ter. Morro de medo que alguém diga: foi você que fez isso comigo [...]”. (Ônix)

“[...] Não tive mais, me afastei das pessoas [...]”. (Rubi)

Desta forma percebe-se que o próprio isolamento é criado em muito dos casos não apenas pelas pessoas ao redor deste indivíduo, mas irá partir dele mesmo.

Almeida e Labronici, (2007, p.266 apud Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA, 2003) relata que “também resultam evidências de auto-estigmatização ou de vergonha, o que pode conduzir à depressão, retraimento e a sentimentos autodestrutivos. Estes sentimentos podem resultar em auto-isolamento e exclusão da vida social e de relacionamentos sexuais, e em circunstâncias extremas até chegar ao suicídio”. O que infere que em alguns casos o preconceito parte do próprio indivíduo que contraiu o vírus, é um estigma tão enraizado na sociedade que ele não se aceita e não permite que possua o vírus e conviva normalmente com outras pessoas, condição esta que irá interferir tanto na aceitação do diagnóstico, compartilhamento deste com pessoas na perspectiva de criar um apoio ao enfrentamento, assim como na adesão ao tratamento.

Porém algumas entrevistadas relataram modificações na relação sexual de diferentes formas.

“[...] Melhorou mais, ficou mais amoroso[...].” (Pérola)

“[...] Ficou meio fria a relação sexual, a gente evita um pouco mais, mas ta tudo bem [...]”. (Esmeralda)

A modificação que mais ocorre após o diagnóstico do HIV é entre parceiros sorodiferentes, em que é iniciado o uso do preservativo em todas as relações sexuais com a finalidade de evitar a transmissão do vírus para o outro, tal observação pode ser percebida em todos os relatos de pacientes com parceiros sem a sorologia para o vírus.

“[...] Tive outros parceiros já com esse problema do HIV, sempre os outros parceiros todos foram com camisinha. Também nunca falei que tinha, mas também nunca deixei de usar, inclusive sinceramente eu nunca vi assim ... é a coisa mais fácil do mundo a pessoa se contaminar com esse vírus porque homem não tá nem aí nem ta chegando. Não tá nem aí! [...]”. (Ametista)

“[...] É boa, é tranquila, as vezes eu fico preocupada com o dia que eu vou precisar dizer, porque quando você ta bem com alguém sempre tem uma coisinha que fica te cutucando para você ficar com um grilinho na cabeça, as vezes penso como ele é tão bom, como é tão compreensivo, muito afetuoso comigo, mas eu não vou negar, tenho muito medo do dia que tiver que dizer, ou algum dia que de repente algo não dê certo sei lá, e que isso nunca aconteça, que ele seja infectado, isso eu não quero de jeito nenhum, se isso viesse acontecer, eu não me perdoaria [...]”. (Ágata)

Sobre o uso do preservativo ela ainda conclui que:

“[...] Não é muito confortável, mas eu me sinto mais segura, em relação mais ate o meu parceiro do que a mim mesmo [...]”. (Ágata)

A partir da observação dos relatos acima percebe-se que a mulher infectada utiliza do meio de prevenção com a finalidade exatamente de evitar a transmissão para seu parceiro, em alguns casos é uma relação em que se encontra em um momento de estabilidade e afeto entre os casais que isso reforça para o casal a necessidade o uso, para evitar a transmissão.

Dalapria e Ximenes Neto (2004, p.19) infere que

A sorodiferença no nível das relações conjugais é um tema que ainda ocupa muito pouco espaço nos debates sobre a síndrome da imunodeficiência adquirida (aids). Um dos fatores que dificultam na abordagem dos casais sorodiferente é o preconceito, sendo muito mais evidenciado em casais em que ambos são soropositivos.

A partir desta afirmação pode-se observar que ao abordamos a temática sorodiferença algumas pessoas ainda se espantam e pouco traduzem os significados e implicações dessas relações para ambos na parceria, a forma como esta relação é vista assim como os parceiros vão se tratar e enxergar a sua relação, interferirá positivamente ou negativamente no estímulo e satisfação sexual, se houver uma depreciação da relação pela diferença da sorologia influenciará no enfrentamento e no andamento da relação.

Dalapria e Ximenes Neto (2004, p.20) ressalta ainda que “a atividade sexual é uma questão que está frequentemente relacionada com amor e afetividade, e não somente com a questão da procriação”, deste modo a sexualidade e a atividade sexual propriamente dita perpassa por diversos sentidos para cada casal, porém há de se observar as interferências que a soropositividade poderá acarretar na mesma e de que forma deve-se ser administrada.

4.3 Relação com a família

A partir das falas das entrevistadas emergiu a necessidade de abordar sobre a relação da mulher com a sua família após o diagnóstico da sorologia, visto que os discursos sobre esta temática surgiram sem a necessidade do pesquisador questionar, identificando nestas mulheres a necessidade de compartilharem com outras pessoas, neste caso o pesquisador, o diagnóstico e suas angústias, porém nem sempre é feito com o familiar pelo receio as suas reações.

4.3.1 Compartilhamento do diagnóstico

Descobrir-se com a sorologia para o vírus do HIV foi um observado como um desafio diante das mudanças que ocorreram na vida das mulheres como, por exemplo, a necessidade de tomar medicação todos os dias e a ida esporadicamente as consultas nos serviços especializados.

Regato e Assmar, (2004, p.167) ratifica que

Por sua associação inicial com comportamentos socialmente desviantes – e, por isso mesmo, sujeitos à condenação implacável da sociedade – a aquisição do vírus trouxe ainda para seus portadores o problema adicional de tornar pública sua condição de infectado.

Estes mesmos autores ainda abordam que o julgamento das pessoas sobre o que acontece com elas mesmas e com outras pessoas, sobre as formas de acontecimento, consequências e condutas assumem um papel de grande relevância na vida de quem está passando por esta situação, possuindo influência nas suas relações com a vida e com as demais pessoas que convivem.

Carvalho e Galvão, (2008, p.94) abordam que “a omissão do diagnóstico é também estendida muitas vezes a própria família, pelo receio de como os familiares vão reagir e encarar a nova situação. Como também pelo medo da rejeição e discriminação dos parentes”. Revelar o diagnóstico implica em submeter-se a diferentes opiniões e reações, e quando trata-se de uma doença vista com maus olhos e estigmatizada durante anos este compartilhamento se torna mais difícil.

Ayres et al, (2004, p.11) corroboram ratificando que “a mentira e a omissão servem, muitas vezes, como importante estratégia, especialmente na fase inicial de convívio com a soropositividade, para evitar situações de estigmatização. É um modo de manter a privacidade e o sigilo, evitando estabelecer conflitos abertos”.

Na pesquisa em questão ocorreram diferentes situações de compartilhamento com a família, das 12 mulheres apenas uma refere não esconder a sua sorologia, *Pérola* afirma que conta para todos e não possui vergonha de compartilhar, porém a mesma relatou que a descoberta ocorreu de forma conflituosa com o parceiro, mas ambos permaneceram juntos após descobrirem as suas sorologias.

Houve também uma entrevistada em que expôs o motivo da mesma compartilhar o diagnóstico com a sua família

“[...] contei para minha família, porque tem que saber para dar força. [...]”. (*Quartzo*)

O medo deste compartilhamento se faz presente em dez das mulheres entrevistadas, porém tal descrição nos remete à importância para esta mulher compartilhar este diagnóstico, pois desta forma encontrou apoio e força da família para enfrentar a doença. Ao abordarmos a mesma temática de compartilhamento, três outras mulheres afirmam ter compartilhado seu diagnóstico apenas com os filhos.

“[...] porque ela já estava me acompanhando e eu confio [...]”. (*Rubi*)

“[...] porque eu só tinha eles e Deus [...]”. (Turmalina)

“[...] contei para minhas filhas para fazerem os exames, tem que fazer né? Eu fico com medo [...]”. (Safira)

Com os relatos acima percebe-se que não há pessoas específicas para este compartilhamento, mas sim àquelas que o indivíduo possua confiança e segurança para compartilhar o resultado. Porém, *Safira* aborda uma importante questão, o medo que essas mulheres possuem quanto a possibilidade de transmitirem o vírus para seus familiares, em especial os filhos.

“[...] Tenho o maior cuidado, quando meus netos chegam lá separo tudo meu, minha toalha de banho é só minha, minha escova de dente só minha [...]”. (Ônix)

Esta fala confirma o que foi dito quanto à preocupação na transmissão do vírus, porém também sinaliza que em alguns casos os soropositivos não possuem conhecimento adequado quanto a sua doença. O que cria, em verdade, uma dificuldade para o mesmo enfrenta-la, pois como irá desmistificar conceitos e estigmas estabelecidos se eles mesmos não possuem este conhecimento? Como irá explicar para a família que um abraço, um aperto de mão, o beijo não irá transmitir o vírus? Tal situação perpassa por outras questões que se referem a orientações recebidas ou até mesmo ao entendimento que estas possuem em relação à doença. Se faz necessário empoderar este indivíduo para que o mesmo possa ampliar o seu conhecimento sobre a doença e assim enfrenta-la e até mesmo compartilhar este diagnóstico disseminando estas informações e orientando os seus familiares.

As demais entrevistadas possuíram diferentes reações quanto a este compartilhamento, uma delas, *Ágata*, compartilhou apenas com irmãs, já *Turquesa* relatou que contou apenas para a mãe e a irmã, ao relatar sobre tal questão a mesma informou que preferiu não compartilhar com o pai por receio da reação do mesmo. Já outra relatou que:

“[...] Minha mãe e meu pai soube depois, porque na época quando eu descobri eu estava morando em Salvador, e não quis contar por telefone [...] contar essas coisas para mãe e pai é meio complicado. Ai quando cheguei aqui que contei a eles, minha mãe num estado de choque que só Deus. Ai eu peguei e contei a meu pai depois, porque ele tava viajando, ai eu contei a ele. Meu pai me deu a maior doença

agora minha mãe que foi meio assim sabe? Que claro ficou muito nervosa, muito nervosa mesmo, mas depois foi se acostumando e hoje em dia ta todo mundo “de boa” [...]”. (Cristal)

Com este depoimento podemos perceber o motivo pelo receio de algumas pessoas compartilharem este diagnóstico, pela reação daqueles que receberão a notícia. Esta sempre será uma dúvida, pela construção social desta doença. Entre as entrevistadas, quatro delas referiram não ter compartilhado o seu diagnóstico com a família.

“[...] só contei para o meu marido, porque eu tenho medo da reação da minha família. Eu conheço um pessoal lá que tá com esse problema, eu vejo muita discriminação, e vai ser tudo diferente. Evito muita coisa que o médico disse que não pode, mas ia ter muita preocupação, muito preconceito [...]”. (Esmeralda)

“[...] Na minha família ninguém sabe, tenho medo da reação. Algumas pessoas eu contei, duas amigas, foram essas pessoas que me ajudaram na hora que mais precisei. Eu não tenho vergonha de dizer que eu tenho, o que eu temo é o preconceito pela doença, você não encostar junto de ninguém [...]”. (Ônix)

“[...] Na minha família ninguém sabe. Minha mãe é muito preconceituosa e eu vejo o que ela faz com minha tia que também é soropositiva. Só que minha tia também não sabe que eu tenho, e olha que eu venho pegar a medicação dela. Quando eu venho aqui eles já sabem, quando eu vejo com ela eles me tratam como se não me conhecesse. E quando uma pessoa sabe que a outra é soropositiva olha com dó, tipo nossa vai morrer. Minha tia [...] nunca se tratou e agora a doença esta em um estágio muito avançado, ficou um tempo internada, nenhum dos familiares chega perto dela. Ai eu prefiro que ninguém saiba [...]”. (Jade)

CARVALHO e GALVÃO, (2008,p.93) concluem que

Assim, um dos dilemas vivido pelas mulheres é a revelação do diagnóstico. Essa descoberta está associada às dificuldades que enfrentará em decorrência da sua infecção. Elas são levadas a ocultar o seu diagnóstico devido ao medo

de serem estigmatizadas, rejeitadas, ou seja, vítimas do preconceito das pessoas.

Estes autores também encontraram em seu estudo a fala de mulheres que declararam ter omitido o diagnóstico do HIV pelo medo de vivenciarem o preconceito e a discriminação por parte aqueles que convivem. Esta mesma situação foi identificada na fala destas mulheres, o receio e a dúvida da reação dos seus familiares impediu delas compartilharem seus diagnósticos. Algumas relatam exemplos de preconceito e discriminação com soropositivos conhecidos, isto faz com que crie uma barreira e impeça de dividirem a sua situação de saúde, possuindo medo do afastamento destes familiares e a culpabilização.

Tunala (2001, p.29) traz em seu estudo um ponto importante quando abordamos o compartilhamento do diagnóstico

A soropositividade é muitas vezes utilizada nos conflitos como recurso de agressão. A agressividade, presente em atos de discriminação aberta e em discussões familiares, deve-se muitas vezes à falta de conhecimento sobre a doença por parte dos familiares, bem como pela sobrecarga emocional gerada pelo medo do adoecer ou pelo medo da perda do familiar HIV-positivo.

A reação das pessoas frente ao diagnóstico do HIV envolve diversas questões, primeiramente toda a construção histórica da doença assim como o perfil dos seus infectados no início da epidemia criam para aquele que recebem esta notícia o medo do contágio e do prognóstico da doença, se caracterizando pelo temor da perda daquele indivíduo entendendo a doença como um indicativo de morte, assim como a discriminação e preconceito, pois a transmissão desta doença ocorre em sua maioria das vezes pela relação sexual, e grande parte da população não conhecem as outras formas de contágio, determinando a doença como um fator sexual relacionado à promiscuidade.

Como Tunala abordou, tais situações estão relacionadas diretamente à falta de conhecimento, sendo este das formas de transmissão, tratamento e da qualidade de vida que atualmente é possível para estes infectados. Porém estes fatores levam ao não compartilhamento da situação sorológica das pacientes, dificultando o seu tratamento pela falta de apoio e receio da descoberta do mesmo, gerando uma situação de estresse e falta de apoio.

4.4 Relação com a equipe de saúde

4.4.1 Vínculo e confiança entre equipe e paciente

Nas unidades de centro especializado, como esta que foi realizado o estudo, em todas as situações de descoberta da sorologia sempre haverá a presença de um profissional de saúde para informar este diagnóstico, ou seja, sempre quem irá comunicar ao paciente a sua sorologia é um profissional de saúde. Porém quando nos referimos aos laboratórios particulares o paciente é encaminhado por um profissional para realizar esta testagem, porém nos laboratórios não é feito um aconselhamento antes do teste nem mesmo quando entregam o resultado, não preparam o paciente para uma possível descoberta do vírus, nem realizam o aconselhamento e encaminhamentos necessários. O que ocorre nestes casos é a entrega do resultado e o próprio paciente abre e o visualiza, sem ter uma explicação do seu significado e dos cuidados que deveriam ser adotados, independente do resultado.

Porém sabe-se da importância da realização da testagem mediante um aconselhamento antes e após a sua realização. Carneiro e Coelho (2002) abordam sobre a importância da realização do aconselhamento como um momento de promoção e prevenção da saúde. Estes ainda corroboram que ao realizar o aconselhamento pré-teste o profissional deverá explicar os exames que serão realizados, justificando a importância e motivo, trocando informações com o paciente sobre os impactos dos possíveis resultados, assim como ratificar que este deverá ser feito em caráter voluntário e garantir a confidencialidade do processo.

No momento do aconselhamento pré-teste, o profissional deverá abordar quais as doenças que serão testadas, assim como explicar o que são essas doenças, discutindo formas de prevenção e tratamento. Após o indivíduo aceitar realizar a testagem, este é encaminhado ao laboratório da unidade e pode aguardar o resultado, que demora em média 30 minutos, ou buscar em um outro momento. Independente da sua escolha quando o mesmo irá receber o profissional deverá fazer um aconselhamento pós-teste, informando o resultado e suas implicações, sendo reigente deverá esclarecer e aprofundar a discussão sobre a doença, prevenção de transmissão, encaminhamentos e tratamento, caso dê não reigente deverá ratificar a importância do uso dos insumos de prevenção para que seja evitada a contaminação. Quando o aconselhamento pré-teste é feito de forma satisfatória auxilia no aconselhamento após o teste, pois o paciente já possuirá um conhecimento inicial sobre a doença que realizou o teste, assim como medidas de prevenção e cuidados que deveriam ser seguidos.

Desta forma percebe-se a importância de instrumentá-lo e conscientizá-lo da seriedade deste momento e do quanto que irá influenciar na vida destas pessoas. A forma

como é dito a sorologia positiva para o HIV assim como suas explicações de formas de transmissão, mudanças que ocorrerão a partir deste momento, tratamento e cuidados de uma forma geral, precisam ser explicadas de forma compreensível para auxiliar neste processo.

Seidl (2005, p.422) corrobora que

O diagnóstico de infecção pelo HIV tem implicações médicas, psicológicas e sociais significativas, impondo esforços adaptativos relevantes às pessoas soropositivas. Ainda sem cura, a aids hoje tem tratamento e possibilidades efetivas de controle, o que traz novos desafios para os pacientes e profissionais de saúde que trabalham nessa área.

Ainda sobre isso Alves, Kovács e Paiva (2002) confirma que as equipes devem possuir uma abordagem mais abrangente quando foram informar ao paciente sobre o seu novo status sorológico. É importante compreender a mulher em toda a sua totalidade, não apenas referente à infecção, mas enxerga-la como uma pessoa que precisa dividir angústias e temores frente ao diagnóstico, e neste momento os profissionais devem auxiliá-la no enfrentamento e nos novos rumos que a sua história pessoal irá adquirir.

Os profissionais de saúde devem não apenas serem treinados para esse tipo de abordagem mas também devem se sentir preparados para ter atitudes que além de informar o paciente sobre sua situação sorológica possam o apoiar e instrumentalizá-los sobre seus direitos e possíveis escolhas. Existem particularidades diferentes daqueles cuidados gerais das unidades básicas de saúde, se faz necessária uma abordagem diferenciada, em que possam criar um processo continuado de educação para estes indivíduos, principalmente quando nos referimos à educação sexual, para que possam ser esclarecidas dúvidas assim como orientações sobre a temática.

Como já foi dito ao longo das discussões, a AIDS é uma doença carregada de estigmas e preconceitos pela sua identidade socialmente construída, por tanto descobrir-se com a sorologia positiva significa enfrentar todos esses tabus, mitos e discriminação que circundam a doença. Por tanto Santos et al (2002) fala da necessidade dos serviços criarem um ambiente de apoio para estas mulheres e seus parceiros, para que possam ser protagonistas das suas vidas sexuais e reprodutivas. Maliska (2009) também aborda que “o indivíduo HIV positivo necessita de um olhar diferenciado, mas não desigual, pois ele continua sendo o mesmo, com a diferença de que, circunstancialmente entrou em contato com o vírus do HIV”, afirmação que ratifica a necessidade dos profissionais perceberem a necessidade de criar uma

rede de apoio para estes indivíduos, em que apresentam sentimentos e atitudes diferentes dos habituados justificado pela sua atual condição de saúde.

Ainda sobre isso, CARVALHO, GALVÃO e SILVA (2010, p.99) abordam uma importante pontuação

“[...] julga-se indispensável a criação de serviços que promovam um ambiente de apoio para essas mulheres e suas famílias, mediante estratégias destinadas a ajudá-las no enfrentamento dessas mudanças impostas pela Aids. Cabe aos profissionais de saúde sensibilizarem-se em relação ao assunto, e esclarecerem essas mulheres em diferentes aspectos. Para isto, devem lhe proporcionar um atendimento personalizado, pois as desigualdades vivenciadas por elas são diversas. Deve-se contemplar um vínculo entre cliente e profissional, de forma que a confiança permita oferecer a devida assistência, na tentativa de melhorar a qualidade de vida da paciente.”

A criação do vínculo e da confiança se configuram como um dos mais importantes critérios para o atendimento a um paciente, para que desta forma possam ser acompanhados e constantemente orientados sobre questões indispensáveis para a sua situação de saúde. Se possuirmos confiança em uma pessoa, setor ou até mesmo na unidade sempre iremos nos reportar a elas quando necessitarmos tirar dúvidas ou apenas compartilhar sentimentos e experiências, e é isto que está ocorrendo no CTA em estudo. Ao serem questionadas todas as mulheres entrevistadas relataram que se sentem a vontade durante a consulta para tirar dúvidas sobre o diagnóstico, que perguntam sobre tudo não possuindo dificuldade para conversar.

“[...] Agora sim! Mas em Salvador não, porque em cada consulta era um médico, os médicos residentes, você chega hoje é uma pessoa, daqui a quatro meses você chega e é outra pessoa, ai ficava muito complicado. Às vezes para conseguir falar com o próprio médico era muito difícil [...]”. (Cristal)

A partir desta fala pontua-se uma outra questão importante, a continuidade do tratamento e das consultas com o mesmo profissional, tal questão evidencia-se pela fala e pela criação do vínculo e confiança com este profissional. Ao sentir-se a vontade a paciente compartilhará experiências e situações vivenciadas em que o profissional poderá intervir e orientar as condutas que a mesma deverá realizar, ao trocar de profissional, seja ele médico ou qualquer outro do serviço, será necessário estabelecer um novo vínculo, devendo conhecer

historia e práticas desta mulher podendo demorar de se realizar perdendo a oportunidade de orienta-la corretamente.

4.4.2 Condutas e orientações realizadas pelos profissionais de saúde

Ao questionarmos sobre as orientações recebidas as mulheres possuem diferentes relatos, porém todas relatam algum tipo de orientação recebida, sejam elas voltadas apenas ao tratamento ou até mesmo nas mudanças que ocorreram a partir deste momento. Porém em sua maioria relatam apenas orientações sobre encaminhamentos e tratamento da doença

“[...] Me encaminharam para o CTA, e comecei o tratamento agora recente, porque meu vírus antes não precisava tomar, agora que comecei [...]”. (Turquesa)

“[...] Meu ex fazia tratamento em Salvador e eu achei melhor eu vim pra aqui porque era mais perto. Ai o pessoal da secretaria de Cairu me encaminhou [...] perguntaram onde meu marido fazia tratamento. Me disseram que não tinha cura, mas tinha tratamento, que tinha que tomar os remédios que a pessoa assim tinha uma vida normal. Até hoje falam. [...]”. (Quartzo)

“[...] um mês do diagnóstico começou o tratamento [...]”. (Rubi)

“[...] Fiquei só por aqui mesmo, tomando remédio, minhas filhas vieram fazer o exame também [...]”. (Safira)

As falas confirmam que em geral a principal preocupação das pessoas é apenas com o tratamento da doença, esquecendo que a mesma envolve diversos aspectos que em muitos casos são mais importantes do que o tratamento propriamente dito, aspectos esses que podem ser emocionais e sociais que influenciaram diretamente na aceitação da doença e na adesão adequada ao tratamento. Uma dúvida surge ao discutir tais falas, pois não se tem a certeza se a orientação foi apenas referente ao tratamento ou se essas mulheres identificam isto como a principal orientação frente a doença, pois em alguns discursos percebe-se outras questões envolvidas

“[...] que não pode alicate de unha [...] que pega só pelo sangue, relação sexual e evitar pinça, uso pessoal, manter pra mim mesmo,

não deixar ninguém usar. Tirando isso, em copos e colheres, essas coisas, disse que não transmite [...]”. (Esmeralda)

“[...] Foi tudo explicado lá em Salvador, tomo todo cuidado, que tem que usar camisinha, que o remédio não cura [...]”. (Ônix)

“[...] ele me deu todas as orientações, disse que eu ia fazer o tratamento com os retrovirais, ela não fez relatos estrondosos, espantosos sobre os retrovirais, talvez se ela tivesse feito eu teria ficado com medo de fazer, mas eu fui fazer o tratamento com tanta força, tanta coragem que na verdade eu queria voltar a ser eu. [...]”. (Ágata)

Diferente dos relatos anteriores estes nos remete uma atenção mais completa, visando diferentes aspectos da saúde destas mulheres, pois é imprescindível que a mesma possuía conhecimento sobre formas de transmissão, importância do uso do preservativo mesmo já possuindo o vírus, continuidade do tratamento e das consultas explicando de que forma isto será realizada e os efeitos colaterais dos mesmos, dentre outros aspectos voltados não apenas para a doença em si.

Há estudos que abordam a importância dos profissionais destas unidades realizarem atividades em grupo, para que estas mulheres possam compartilhar vivências e conviver em grupo com a infecção, criando estratégias de enfrentamento à epidemia e suas implicações sociais. Estimular as relações humanas para que possam compartilhar informações, despertando sentimentos de manutenção da vida e dos prazeres da mesma, aumentando a auto-estima, dentre outros aspectos, também é possível nestes grupos. Em relação a isto, no estudo de SANTOS, MUNARI E MEDEIROS (2009, p.1047), estes abordam que

[...] sensibilizar os profissionais de saúde quanto à potencialidade da atividade grupal no emponderamento das portadoras do vírus e seus familiares pode qualificar a assistência a essas pessoas, para que se sintam socialmente inseridas, podendo se estender aos parceiros e demais componentes da rede social. Esse espaço pode também, ser útil para mudanças, conforto emocional, integração da assistência à mulher com HIV/AIDS, vislumbrado pelo Plano de enfrentamento de feminização do HIV/AIDS.

Isso aponta para a necessidade dos profissionais de saúde compreenderem a importância de um espaço de discussão e compartilhamento de experiências sobre o

enfrentamento para que possam ser criadas formas eficazes e apropriadas para encarar o estresse, discriminação e dificuldades vivenciadas por estas mulheres não apenas referente a descoberta do diagnóstico mas principalmente questões relacionadas ao viver com a AIDS. Um importante ponto a ser discutido seria a sexualidade e reprodução destas mulheres, devendo orienta-las de que são questões inerentes de todo o ser humano e que não significa que a presença do vírus impossibilitará que isto aconteça.

“[...] Até quero saber dessa questão para engravidar, ele me disse que tem que ver quando a carga viral ta baixa. Eu perguntei como eu ia engravidar, e ele disse que do método tradicional (risos) [...]”.

(Jade)

Como foi relatado, deve-se esclarecer de que forma isto acontecerá. No caso da reprodução a manutenção do tratamento e a carga viral baixa ou até indetectável se configuram como fatores essenciais para uma gestação que previna a transmissão vertical do vírus. Portanto infere-se que há a possibilidade e deve ser realizada, porém cabe aos profissionais da unidade explicarem e acompanharem este processo. Quanto a sexualidade, a mesma se configura como um fator que não apenas pode, mas sim que deve ser permanecido mesmo com o diagnóstico do vírus, apenas se atentando para os cuidados necessários que devem ser orientados, em especial o uso do preservativo em todas as relações sexuais.

Um outro aspecto estudado se refere quanto à solicitação que o companheiro comparecesse ao serviço para a realização da testagem sorológica. Das entrevistadas, sete relatam que isto não ocorreu, destas, duas relatam que os seus parceiros já haviam ido à óbito e não tinham tido novos relacionamentos, três outras que não possuíam parceiros no momento da descoberta, outra relata que o parceiro já havia realizada testagem em outra unidade e outra não comunicou à equipe que estava com parceiro pelo receio que a mesma possui em seu parceiro descubra a sua sorologia e não aceite. Já as cinco demais relatam esta solicitação, sendo que destas três possuem parceiro com sorologia negativa para o vírus.

“[...] Sim, mas ele não precisou tomar nada, só eu mesmo [...]”.

(Turquesa)

“[...] ele estava presente na hora, foi encaminhado para fazer o teste também [...]”. *(Esmeralda)*

“[...] Meu parceiro já tinha ficha lá [...] embora não fizesse consulta porque ele não sentia nada, que era até para ser acompanhado, mas ele não ficou porque não quis ir, não tava sentindo nada e não quis ir. Mas hoje ele toma medicação e é acompanhado aqui pelo CTA [...]”. (Ametista)

“[...] O médico na época na verdade me aconselhou a ir falar com ele, aí eu fui e falei, conversei numa boa, mas acho que ele não fez o exame. Aí depois na outra consulta ele me perguntou se eu havia falado aí eu falei: falei, aconselhei, avisado já está. Aí eu não sei as precauções que fizeram lá [...]”. (Cristal)

A partir dos relatos percebe-se um ponto importante quando nos referimos às condutas adotadas pelo profissionais, se configura como uma delas a solicitação da testagem sorológico pelo parceiro para que as medidas necessárias possam ser adotadas, e neste caso foi realizado pelos profissionais da unidade. Nos casos que não houve esta solicitação justifica-se pela ausência de contato com o parceiro. Um outro ponto importante identificamos na fala de *Cristal*, quando nos referimos ao vínculo criado entre profissional-paciente, pois desta forma foi possível retomar conversa e orientações feitas em uma consulta passada pela possibilidade da continuidade do tratamento que é realizado neste serviço, em que possuem importância direta na atenção a saúde dessas mulheres e na quebra da cadeia de transmissão ou início precoce do tratamento dos seus parceiros.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou conhecer como se dão as relações interpessoais de mulheres após o diagnóstico de HIV/AIDS. Realizar esta discussão se tornou um grande desafio visto que o objeto de estudo traçado se configura como uma questão individual e subjetiva de cada sujeito, e que as mulheres precisavam se sentir a vontade para compartilhar a intimidade com a pesquisadora. No entanto, a vivência da autora no serviço favoreceu a criação de vínculos com a entrevistada o que permitiu que as mesmas aceitassem relatar suas histórias.

As mulheres evidenciaram características sócio econômicas e sexuais que permitiram identificá-las no perfil da epidemia, pois se tratavam de mulheres jovens, pobres,

que nasciam e viviam em cidades do interior baiano e mantinham práticas heterossexuais. Tal cenário nos remete ao perfil de vulnerabilidade dos sujeitos do estudo. O início precoce da atividade sexual e a banalização do sexo contribuíram de forma significativa para o aumento do número de casos em jovens, ratificando a necessidade de ampliar ações para este grupo na tentativa de conscientizá-los sobre a importância da prevenção e esclarecer dúvidas existentes. Outro fator relevante é a dependência econômica, pelas mulheres ainda serem consideradas como cuidadoras da família, estas em muitos casos apresentam um baixo grau de escolaridade e não possuem uma renda própria, o que nos remete a associar ao aumento da vulnerabilidade social pela desigualdade de gênero estabelecida.

Quando abordamos a desigualdade de gênero nesta perspectiva de vulnerabilidade não podemos deixar de associar com a relação sexual, questões como a violência sexual, sexo cedido e dificuldades na negociação do uso do preservativo são corriqueiras na vida de muitas mulheres. Estas podem ser criadas pelas diversas dependências, a exemplo da emocional e financeira, ou até mesmo por acreditarem que devem realizar ações mesmo contra a sua vontade para satisfazer o parceiro, mas principalmente quando nos referimos ao uso do preservativo, a crença de que ao estabelecer a relação com um parceiro único e não necessitar do preservativo ainda se faz presente, o que gera para estas mulheres condição de vulnerabilidade para adquirir a infecção sem se perceberem susceptíveis.

Porém, toda a vulnerabilidade que está presente no contexto das mulheres entrevistadas não foram percebidas pelas mesmas antes da infecção, o que gera uma fragilidade emocional e sexual ao descobrirem o diagnóstico. A realização deste estudo permitiu identificar mudanças nas relações interpessoais vividas pelas mulheres após o diagnóstico de HIV/AIDS. As relações com os parceiros após esta descoberta mudou para algumas, a sorologia do parceiro interferiu na maneira pela qual os casais lidaram com a situação, para as mulheres que os parceiros eram sabidamente soropositivos aparentou mais fácil compartilhar o diagnóstico, pois as mesmas não referiam o medo do abandono e discriminação pelo parceiro, porque acreditavam que o mesmo fossem aceitar, pois além de conhecer a doença ele também a apresentava, sendo que em sua maioria foram eles que transmitiram para suas mulheres.

A família não participou muito como apoio das mulheres após o diagnóstico, apenas uma mulher compartilhou o diagnóstico com seus parentes e elas relatam que a esta questão justifica-se pela discriminação e o preconceito que sabiam que a família iria

apresentar, o que nos remete que a relação familiar das demais apresentam-se em diferentes configurações. Para compartilhar este diagnóstico é preciso além de coragem, mas também o sentimento de apoio e confiança precisa ser estabelecido entre a mulher e sua família, porém quando nos referimos a estas questões e vínculo afetivo não estão presentes em todas as relações familiares, o que ratifica a falta deste compartilhamento pela falta de intimidade e medo das reações e do abandono.

A relação com o profissional do serviço foi marcada por confiança e vínculos, havia uma sensação de conforto por elas terem seus anseios e dúvidas sanados durante as consultas, apesar de observarmos que algumas apresentavam conhecimento ainda incipiente sobre a epidemia da Aids. Havia uma centralização na atenção delas para o tratamento, no uso de medicação.

É importante que os profissionais possam atender as expectativas das mulheres quanto a assistência, no entanto é mister que eles possam executar o atendimento seguindo os princípios da integralidade, é necessário sinalizar para as mulheres a importância do tratamento como um todo, acesso às informações, acompanhamento da carga viral e das consultas, uso do insumo de prevenção mesmo se o parceiro já possuir o vírus, continuidade da assistência na atenção básica, manter uma relação de confiança, criação de grupos de apoio e enfrentamento à sorologia, para que elas possam compartilhar experiências e dificuldades encontradas e encontre no serviço o apoio para enfrenta-las.

Os sentimentos destas perante o diagnóstico foi de medo do isolamento, do preconceito, o olhar diferente e afastado é o principal receio destas mulheres. Descobrir-se com este vírus gera o temor de serem associadas a estes comportamentos, que em sua maioria são considerados como promíscuos. Portanto além de possuir o vírus e iniciar o tratamento, a mulher desenvolver o medo do parceiro e familiares se afastarem e de ser considerada uma mulher com práticas inadequadas.

Ao falar da descoberta da sorologia podem ser abordados diversas dificuldades e enfrentamentos necessários, portanto é preciso informar não apenas a população, mas também os profissionais de saúde sobre as orientações e apoio que devem ser oferecidos a estas pessoas. O preconceito ainda existe e ainda irá perdurar por muitos anos, não é uma tarefa fácil desmistificar informações construídas ao longo de cerca de três décadas de epidemia, mas é a partir da informação que podemos mudar o quadro de discriminação que se mantém constante com estes indivíduos.

A falta do conhecimento sobre as formas de transmissão se configura como um importante fator para favorecer o preconceito. Todos precisam ser instrumentalizados para enfrentar a epidemia. O conhecimento é fundamental para que situações constrangedoras não ocorram.

O profissional de saúde se configura como um apoio para enfrentar a epidemia, orientações sobre a forma de contágio e prevenção, a participação familiares no serviço, se entretendo nas atividades educativas e discussões sobre a epidemia pode ser uma estratégia para que o indivíduo que se descubre soropositivo possa ter uma rede de apoio que o auxilie a lidar com a doença.

Novas pesquisas sobre esta temática urgem por serem realizadas, visto que um emaranhado de situações ainda precisam ser conhecidas. É necessário o empenho da academia, dos cientistas, dos profissionais de saúde, dos movimentos sociais na luta pelo combate, controle e prevenção do HIV, pois uma rede de integrada de enfrentamento precisa ser constituída pelos diversos atores sociais.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Maria Rita de Cassia Barreto de; LABRONICI, Liliana Maria. A trajetória silenciosa de pessoas portadoras do HIV contada pela história oral. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(1): 263-274, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n1/26.pdf>. Acesso em: 10 de abril de 2015
- ALVES, Rozilda Neves et al. Fatores psicossociais e a infecção por HIV em mulheres, Maringá, PR. **Rev Saúde Pública**, 2002;36(4 Supl):32-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n4s0/11161.pdf>. Acesso em 15 de abril de 2015.
- ARAÚJO, Maria Alix Leite. Gestantes portadoras do hiv: enfrentamento e percepção de uma nova realidade. **Cienc Cuid Saude** 2008 Abr/Jun; 7(2): 216-223. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5005/3244>. Acesso em 20 fevereiro de 2014.
- ARAÚJO, Maria Alix Leite et al. Vivências de gestantes e puérperas com o diagnóstico do HIV. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2008 set-out; 61(5): 589-94. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n5/a10v61n5.pdf>. Acesso em 20 de fevereiro de 2014
- BELDA JUNIOR, Walter; SHIRATSU, Ricardo; PINTO, Valdir. Abordagem nas doenças sexualmente transmissíveis. **An. Bras. Dermatol**, 2009, vol.84, n.2, pp. 151-159. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abd/v84n2/v84n2a08.pdf>. Acesso em: 04 de dezembro de 2014.
- BOTTI, Maria Luciana. Conflitos e sentimentos de mulheres portadoras de HIV/Aids: um estudo bibliográfico. **Rev Esc Enferm USP** 2009; 43 (1): 79 – 86. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/10.pdf>. Acesso em: 10 de fevereiro de 2015.
- BRAGA, Isabel Catarina Correia. **Mulheres em idade reprodutiva infectadas pelo HIV : contribuição para a prática da enfermagem / Isabel Catarina Correia Braga, 2009. 92f.** Orientador: Célia Antunes Chrysóstomo de Sousa. Co-orientador: Sônia Regina de Souza. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: http://www4.unirio.br/propg/posgrad/stricto_paginas/site%20Enfermagem/SiteENFv3/dissertacoes/dissertacoes%202009/mulheres%20em%20idade%20reprodutiva%20infectadas%20pelo%20hiv%20%20contribuicao%20para%20a%20pratica%20da%20enfermagem.pdf. Acesso em: 25 de maio de 2014.
- BRASIL. Lei nº 12.984, de 2 de junho de 2014. Define o crime de discriminação dos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e doentes de aids. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2014, p.3. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/112984.htm. Acesso em: 06 de abril de 2015.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS. Disponível em:<http://www.datasus.gov.br> .Acesso em: 3 de março de 2015.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/no-trabalho>. Acesso em: 06 de abril de 2015.
- BRASIL, Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispões sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da República

Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em 3 de março de 2015.

BRITO, Ana Maria de; CASTILHO, Euclides Ayres de; SZWARCOWALD, Célia Landmann. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. 34(2): 207-217, mar-abr, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v34n2/a10v34n2.pdf>. Acesso em: 23 de maio de 2014.

CAPPELLE, Mônica Carvalho Alves; MELO, Marlene Catarina de Oliveira Lopes; GONÇALVES, Carlos Alberto Gonçalves. Análise de conteúdo e análise de discurso nas ciências sociais. **Revista Eletrônica de Administração da UFLA**, v. 5, n. 1 (2003). Disponível em: <http://revista.dae.ufla.br/index.php/ora/article/view/251/248>. Acesso em: 28 de janeiro de 2014.

CARNEIRO, Ana Jaqueline Santiago Carneiro; COELHO, Edméia de Almeida Cardoso. Aconselhamento na testagem anti-HIV no ciclo gravídico-puerperal: o olhar da integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(Supl. 1):1217-1226, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/031.pdf>. Acesso em: 20 de abril de 2015.

CARVALHO, Carolina Maria de Lima; GALVÃO, Marli Teresinha Gimenez; SILVA, Raimunda Magalhães da. Alterações na vida de mulheres com Síndrome de Imunodeficiência Adquirida em face da doença. **Acta Paul Enferm** 2010; 23(1): 94-100. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n1/15.pdf>. Acesso em: 12 de maio de 2014.

CARVALHO, Carolina Maria de Lima; GALVÃO, Marli Teresinha Gimenez. Enfrentamento da AIDS entre mulheres infectadas em Fortaleza – CE. **Rev Esc Enferm USP** 2008; 42(1): 90-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/12.pdf>. Acesso em: 15 de janeiro de 2015.

CARVALHO, Carolina Mariade Lima; GALVÃO, Marli Teresinha Gimenez. Sentimentos de culpa atribuídos por mulheres com AIDS face a sua doença. **Rev. Rene. Fortaleza**, v. 11, n. 2, p. 103-111, abr./jun.2010. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/vol11n2_html_site/a12v11n2.htm. Acesso em: 15 de abril de 2015.

CARVALHO, Carolina Maria De Lima et al. Assistência à saúde da mulher portadora de hiv/aids no brasil: refletindo sobre as políticas públicas. **Rev. Rene. Fortaleza**, v. 9, n. 3, p. 125-134, jul./set.2008. Disponível em <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/611/pdf>. Acesso em 16 de setembro de 2014

CARVALHO, Fernanda Torres et al. Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/AIDS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23 (9): 2023-2033, set, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n9/04.pdf>. Acesso em: 19 de novembro de 2014.

CARVALHO, Fernanda Torres de; PICCININI, Cesar Augusto. Aspectos históricos do feminino e do maternal e a infecção pelo HIV em mulheres. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(6):1889-1898, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n6/a24v13n6.pdf>. Acesso em: 27 de setembro de 2014.

CASTANHA, Alessandra Ramos et al. Avaliação da qualidade de vida em soropositivos para o HIV. **Est Psicol.** 2007; 24 (1):23-31. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v24n1/v24n1a03.pdf>. Acesso em: 16 de abril de 2015

CORIOLOANO, Maria Wanderleya de Lavor; VIDAL, Emery Ciana Figueiredo; VIDAL, Eglídia Carla Figueiredo. Percepções de mulheres que vivem com hiv frente às experiências sexuais. **Rev. RENE. Fortaleza**, v. 9, n. 1, p. 77-85, jan./mar.2008.

DALAPRIA, Taís Renata; XIMENES NETO, Francisco R.G. Práticas sexuais e escolhas reprodutivas de casais sorodiferente para o HIV. **DST – J bras Doenças Sex Transm** 16 (4): 19-26, 2004. Disponível em: <http://www.dst.uff.br/revista16-4-2004/4.pdf>. Acesso em: 14 fevereiro de 2015.

DOURADO, Inês. et al. Tendências da epidemia de Aids no Brasil após a terapia anti-retroviral. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. Suppl, p. 9-17, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40s0/03.pdf>. Acesso: 16 de novembro de 2014.

FERRAZ, Aidê Ferreira; STEFANELLI, Maguida Costa. Interações familiares de pessoas vivendo com HIV e AIDS. **Rev. Min. Enf.**, 5(1/2):52-59, jan./dez., 2001. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/813>. Acesso em: 04 de abril de 2015

FERREIRA, Margarete de Paiva Simões et al. Testagem sorológica para o HIV e a importância dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) – resultados de uma pesquisa no município do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, 6(2):481-490, 2001. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63060217>. Acesso em: 19 de fevereiro de 2015.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; MAGDALENO JUNIOR, Ronis. Saturação teórica em pesquisas qualitativas: contribuições psicanalíticas. *Psicol. estud.*, Maringá, v. 17, n. 1, p. 63-71, mar. 2012.

FONTANELLA, Bruno Jose Barcellos et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad. Saúde Pública*, Fev 2011, vol.27, no.2,

FREITAS, Mara Rúbia Ignácio de; GIR, Elucir; RODRIGUES, Antonia Regina Furegatto. Dificuldade sexual vivenciada por mulheres em crise de HIV-1. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, p. 76-83, julho 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/flae/v8n3/12402.pdf>. Acesso em 10 de abril de 2015.

GALANO, Eliana. Entrevista com os familiares: um instrumento fundamental no planejamento da revelação diagnóstica do HIV/Aids para crianças e adolescentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17 (10): 2739-2748, 2012. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v17n10/22.pdf>. Acesso em: 04 de abril de 2015.

GALINDO, Wedna Cristina Marinho; FRANCISCO, Ana Lúcia; RIOS, Luís Felipe. A instrução e a relação como modos de aconselhamento em HIV/Aids. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 3, dez. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n3/v21n3a14.pdf>. Acesso em: 20 de abril de 2015.

GARCIA, Sandra; SOUZA, Fabiana Mendes de. Vulnerabilidades ao HIV/aids no Contexto Brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. **Saúde Soc.** São Paulo, v.19, supl.2, p.9-20, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19s2/03.pdf>. Acesso em: 08 de março de 2015.

GASPAR, Joice et al. Qualidade de vida de mulheres vivendo com o HIV/aids de um município do interior paulista. **Rev Esc Enferm USP** 2011; 45 (1): 230-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/32.pdf>. Acesso em: 16 de abril de 2015.

GIACOMOZZI, Andréia Isabel; CAMARGO, Brígido Vizeu. Eu confio no meu marido: estudo da representação social de mulheres com parceiro fixo sobre prevenção da AIDS. **Psicologia: Teoria e Prática** – 2004, 6 (1): 31-44. Disponível em: http://www.mackenzie.br/fileadmin/Editora/Revista_Psicologia/Teoria_e_Pratica_Volume_6_-_Numero_1/v6n1_art2.pdf. Acesso em: 05 de fevereiro de 2015.

GIACOMOZZI, Andréia Isabel. Confiança no parceiro e proteção frente ao HIV: estudo de representações sociais com mulheres. **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis: EDUFSC, n. 35, p. 79-98, abril de 2004. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/revistacfh/article/view/25398/22324>. Acesso em: 05 de fevereiro de 2015.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. Ed. – São Paulo: Atlas, 2008. Disponível em: <https://ayanrafael.files.wordpress.com/2011/08/gil-a-c-mc3a9todos-e-tc3a9cnicas-de-pesquisa-social.pdf>. Acesso em: 24 de janeiro de 2015.

GONÇALVES, Tonantzin Ribeiro et al. Vida reprodutiva de pessoas vivendo com HIV/AIDS: revisando a literatura. **Psicologia & Sociedade**; 21 (2): 223-232, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v21n2/v21n2a09.pdf>. Acesso em: 04 de abril de 2015.

GOZZO, Thaís de Oliveira et al. Sexualidade feminina: compreendendo seu significado. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, p. 84-90, julho 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n3/12403>. Acesso em: 04 de abril de 2015.

LIMA, Maria Lúcia Chaves; MOREIRA, Ana Cleide Guedes. AIDS e feminização: os contornos da sexualidade. **Revista Mal-estar e Subjetividade** – Fortaleza – Vol. VIII – Nº 1 – p. 103-118 – mar/2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v8n1/06.pdf>. Acesso em: 04 de dezembro de 2014.

LOPES, Marcos Venícios de Oliveira; FRAGA, Maria de Nazaré Oliveira. Pessoas vivendo com HIV: estresse e suas formas de enfrentamento. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 4, p. 75-81, outubro 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n4/13878.pdf>. Acesso em: 22 de abril de 2015.

LOPES, Fernanda; BUCHALLA, Cassia Maria; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Mulheres negras e não-negras e vulnerabilidade ao HIV/Aids no estado de São Paulo, Brasil. **Rev Saúde Pública** 2007;41(Supl. 2):39-46

MALISKA, Isabel Cristina Alves, et al. Percepções e significados do diagnóstico e convívio com o HIV/aids. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2009 mar;30(1):85-91. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5966/6567>. Acesso em: 25 de abril de 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (1999a). **Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA): Manual**. Brasília, DF: Autor. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cta.pdf. Acesso em: 02 de junho de 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (1999b). **Aconselhamento em DST, HIV e AIDS**: Diretrizes e procedimentos básicos. Brasília, DF: Autor. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aconselhamento_dst_aids.pdf. Acesso em: 02 de junho de 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **HIV/Aids, hepatites e outras DST** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 196 p. il. - (Cadernos de Atenção Básica, n. 18) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad18.pdf>. Acesso em: 02 de junho de 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde. 2005. 140p. Série Manuais n.o 68. 4.ed. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_controle_das_dst.pdf. Acesso em: 02 de junho de 2014.

MELCHIOR, Regina et al. Avaliação da estrutura organizacional da assistência ambulatorial em HIV/Aids no Brasil. **Rev. Saúde Pública** 2006; 40(1):143-51. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n1/27128.pdf>. Acesso em: 28 de setembro de 2014.

MORESCHI, Claudete et al. Mulheres e vulnerabilidades ao HIV/AIDS. **Saúde** (Santa Maria), v.38, n.2, p. 8594, 2012. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/revistasaude/article/view/5145/pdf>. Acesso em: 14 de abril de 2015.

MOURA, Escolástica Rejane Ferreira; LIMA, Danielle Moreira de Castro; SILVA, Raimunda Magalhães da. Aspectos sexuais e perspectivas reprodutivas de mulheres com HIV/aids, o que mudou com a soropositividade. **Revista Cubana de Enfermería**. 2012;28(1):37-48. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v28n1/enf05112.pdf>. Acesso em: 28 de março de 2015.

OLIVEIRA, Luzia Aparecida. Humanização e cuidado: a experiência da equipe de um serviço de DST/Aids no município de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10 (3): 689- 698, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a25v10n3.pdf>. Acesso em: 15 de março de 2015.

OLIVEIRA, Luzia Aparecida; FRANÇA JUNIOR, Ivan. Demandas reprodutivas e a assistência às pessoas vivendo com HIV/AIDS: limites e possibilidades no contexto dos serviços de saúde especializados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(Sup. 2):S315-S323, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a13v19s2.pdf>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2015.

PAIVA, Vera et al. Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/AIDS em São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18(6):1609-1620, nov-dez, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n6/13257.pdf>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2015.

Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Suely Ferreira Deslandes, Romeu Gomes, Maria Cecília de Souza Minayo (organizadora). 28 ed. – Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2009. Disponível em http://www.ia.ufrj.br/ppgea/conteudo/conteudo-2009-2/2SF/Pesquisa_Social.pdf. Acesso em: 18 de janeiro de 2014

- PONTES, Rosani Aparecida de. **A revelação da soropositividade para o HIV/AIDS ao parceiro sexual**: Aspectos éticos, legais, de direitos humanos e implicações nas práticas de prevenção. Monografia (Especialista em Prevenção de DST/AIDS) - Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo. Orientadora: Neide Emy Kurokawa e Silva. São Paulo, 2011. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/crt/gerencia-de-prevencao/trabalhos-curso-nepaids/pontes_ra.pdf. Acesso em: 04 de abril de 2015
- PORTELA, Margareth Crisóstomo; LOTROWSKA, Michel. Assistência aos pacientes com HIV/Aids no Brasil. **Rev Saúde Pública** 2006;40(Supl):70-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40s0/10.pdf>. Acesso em: 16 de abril de 2015.
- REGATO, Vilma Cardoso; ASSMAR, Eveline Maria Leal. A AIDS de nossos dias: quem é o responsável?. **Estudos de psicologia**. (Natal) [online]. 2004, vol.9, n.1, pp. 167-175. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n1/22392.pdf>. Acesso em: 28 de abril de 2015.
- REIS, Ana Lúcia; XAVIER, Iara de Moraes. MULHER E AIDS: rompendo o silêncio de adesão. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF) 2003; 56(1): 28-34. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n1/a06v56n1.pdf>. Acesso em: 16 de abril de 2015.
- RODRIGUES, Larissa Silva Abreu et al. Vulnerabilidade de mulheres em união heterossexual estável à infecção pelo HIV/Aids: estudo de representações sociais. **Rev Esc Enferm USP** 2012; 46(2):349-55. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/a12v46n2.pdf>. Acesso em: 14 de abril de 2015.
- SADALA, Maria Lúcia Araújo; MARQUES, Sílvio de Alencar. Vinte anos de assistência a pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil: a perspectiva de profissionais da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(11):2369-2378, nov, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n11/11.pdf>. Acesso em: 18 de abril de 2015.
- SALDANHA, Ana Alayde Werba. **Vulnerabilidade e construções de enfrentamento da soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamento estável**. Ribeirão Preto, 2003. 205 p.: il, 30 cm. Tese, apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/ USP - Dep. De Psicologia e Educação. Orientador: Marco Antonio de Castro Figueiredo. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-01102003-185727/pt-br.php>. Acesso em: 14 de abril de 2015.
- SANTOS, Elisabete Cristina Morandi dos; FRANÇA JUNIOR, Ivan. LOPES, Fernanda. Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/Aids em São Paulo. **Rev Saúde Pública** 2007;41(Supl. 2):64-71. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41s2/5947.pdf>. Acesso: 04 de abril de 2015.
- SANTOS, Naila J. S. et al. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras . **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25 Sup 2:S321-S333, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25s2/14.pdf>. Acesso:14 de abril de 2015.
- SANTOS, Naila J.S. et al. Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. **Rev Saúde Pública** 2002;36(4 Supl):12-23. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/3147>. Acesso em: 16 de abril de 2015.
- SANTOS, Ninalva de Andrade. **Vulnerabilidade de mulheres interioranas soropositivas à infecção pelo HIV/AIDS**./ Ninalva de Andrade Santos. Salvador: EEUFBA, 2007. 120p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – EEUFBA, 2007. Orientadora: Prof^a. Dr^a. Mirian

Santos Paiva. Disponível em:

https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/9569/1/Santos_Dissertacao.pdf. Acesso em 14 de abril de 2015.

SANTOS, Walterlânia; MUNARI, Denize Bouttelet; MEDEIROS, Marcelo. O grupo de mulheres que vivem e convivem com HIV/AIDS: um relato de experiência. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2009;11(4):1043-8. Disponível em:

<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/pdf/v11n4a32.pdf>. Aceso em: 22 de abril de 2015.

SEIDL, Eliane Maria Fleury. Enfrentamento, aspectos clínicos e sociodemográficos de pessoas vivendo com hiv/aids. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 3, p. 421-429, set./dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n3/v10n3a09>. Acesso em: 25 de março de 2015.

SILVA, Carla Marins; VARGENS, Octavio Muniz da Costa. A percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DST/HIV. **Rev Esc Enferm USP** 2009; 43 (2): 401-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a20v43n2.pdf>. Acesso em: 20 de abril de 2015.

SILVA, Silvia Fernandes Ribeiro da et al. Aids no Brasil: uma epidemia em transformação. **RBAC**, vol. 42(3): 209-212, 2010. Disponível em: <http://sbac.org.br/rbac/020/302.pdf>. Acesso em: 17 junho de 2013.

SILVA, Neide Emy Kurokawa e; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Estratégias para comunicação de diagnóstico de HIV a parceiros sexuais e práticas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, rio de Janeiro, 25 (8): 1797-1806, ago. 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n8/16.pdf>. Acesso em: 25 de abril de 2015.

SILVEIRA, Mariângela Freitas da et al. Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e Aids em Mulheres. **Rev Saúde Pública** 2002; 36(6): 670-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n6/13520.pdf>. Acesso em: 20 de março de 2015.

SOUSA, Leilane Barbosa; BARROSO, Maria Grasiela Teixeira. DST no âmbito da relação estável: análise cultural com base na perspectiva da mulher. **Esc Anna Nery Rev Enferm** 2009 jan-mar; 13 (1): 123 – 130. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a17>. Acesso em: 25 de marco de 2015.

SOUZA, Vânia de; CZERESNIA, Dina; NATIVIDADE, Cláudia . Aconselhamento na prevenção do HIV: olhar dos usuários de um centro de testagem. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(7):1536-1544, jul, 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n7/08.pdf>. Acesso em: 26 de abril de 2015

SOUZA, Vânia de Souza; CZERESNIA, Dina. Demandas e expectativas de usuários de centro de testagem e aconselhamento anti-HIV. **Rev Saúde Pública** 2010;44(3):441-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n3/AO1526.pdf>. Acesso em: 20 de abril de 2015.

TAQUETTE,Stella. Feminização da AIDS e adolescência. **Adolescência & Saúde** volume 6, nº 1, abril 2009. Disponível em:

http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=39. Acesso em: 18 de outubro de 2014.

TAQUETTE, Stella R.. Interseccionalidade de gênero, classe e raça e vulnerabilidade de adolescentes negras às DST/aids. **Saude soc.**, São Paulo , v. 19, supl. 2, p. 51-62, Dec. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19s2/06.pdf>. Acesso em: 20 de janeiro de 2015.

TUNALA, Leticia Gaspar. Fontes cotidianas de estresse entre mulheres portadoras de HIV. **Rev Saúde Pública.** 2002; 36 (4 Supl):24-31. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n4s0/11160.pdf>. Acesso em: 22 de abril de 2015.

APÊNDICE A



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos a Sra para participar, como voluntária da pesquisa **“Estratégias de enfrentamento da feminização do HIV/Aids em Santo Antônio de Jesus”**, vinculada a Universidade Federal do Recôncavo da Bahia- Centro de Ciências da Saúde (UFRB-CCS), que está sob a responsabilidade da pesquisadora Lilian Conceição Guimarães de Almeida, residente na Rua Conselheiro Correia de Meneses, n 266, AP 1002, Horto Florestal, na cidade de Salvador-Bahia, CEP 40295-030, tel 71 81389992, email liliancgalmeida@yahoo.com.br, fontes para contato com a pesquisadora responsável, poderá ser realizada, inclusive, ligações a cobrar: 71 81389992. Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar a fazer parte do estudo, rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

Esse estudo também terá a colaboração da aluna do curso de enfermagem da UFRB Samára do Santos Sampaio telefone para contato (75 8103 5937)

Em caso de recusa a Sra. não será penalizada de forma alguma.

Informações sobre a pesquisa:

A pesquisa **“Estratégias de enfrentamento da feminização do HIV/Aids em Santo Antônio de Jesus”**, ou seja neste estudo serão discutidas formas para lidar com o aumento da infecção pelo HIV/Aids nas mulheres que vivem na cidade de Santo Antônio de Jesus, a pesquisa tem como objetivo geral de traçar estratégias de enfrentamento da feminização do HIV/Aids em Santo Antônio de Jesus. Este projeto se justifica pela necessidade de ampliar os conhecimentos sobre o ambiente, os costumes, a vida, a cultura, as relações íntimas das mulheres com seus parceiros sexuais, companheiros, maridos e namorados e suas relações com a sociedade, ou seja buscaremos identificar o que pode interferir e colaborando para que

as mulheres de Santo Antônio de Jesus se contaminem com o HIV/Aids, os resultados deste estudo podem ajudar para que sejam identificadas formas de como lidar com o aumento da infecção pelo HIV/Aids entre as mulheres, contribuindo para reduzir o número de casos de doenças e mortes em mulheres, poderá ajudar também na discussão de medidas que dão certo para prevenir, medidas que funcionem bem entre as que já existem como a camisinha masculina e a feminina. Os dados serão coletados através da observação da Sra no serviço de saúde, através de informações colhidas em seu prontuário ou outros livros de registros presentes na unidade que contenham informações sobre sua saúde e através de entrevista com perguntas sobre sua saúde sexual, reprodutiva, atendimentos de saúde e investigações sobre exames realizados e doenças que já tenha apresentado.

As perguntas realizadas podem provocar desconforto, constrangimento e vergonha na Sra, pois se referem a assuntos íntimos, mas em qualquer momento que deseje interromper a entrevista ou retirar o seu consentimento do estudo faremos isso sem prejuízo algum para a Sra. Deste modo, a Sra. terá plena liberdade de recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma.

A entrevista terá duração em média de 20 minutos, será realizada em um local reservado, em uma sala reservada na própria unidade onde a Sra. estará fazendo atendimento, com a porta fechada para que não sejamos incomodadas com barulhos ou outras pessoas e poderá ser interrompida em qualquer momento caso a Sra. necessite. A entrevista será gravada com um aparelho eletrônico (MP4) e depois será passada para um papel, irei transcrevê-la tudo do jeito que a Sra. falou, integralmente. A gravação e análise das entrevistas são de responsabilidade desta pesquisadora e serão tratadas de forma discreta, sigilosa e anônima, exclusivamente para fins acadêmicos, resguardando a identidade e a privacidade da Sra e todas as pessoas envolvidas neste estudo e evitando qualquer tipo de dano ou constrangimento, obedecendo a todos os demais requisitos éticos, de acordo com a resolução nº 196 de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde. As gravações serão apagadas logo após serem passadas para o papel, e as informações transcritas serão armazenadas sob a responsabilidade da pesquisadora em local seguro, por cinco anos.

Como benefícios o estudo poderá fornecer dados que ajudem a melhorar o atendimento da enfermagem voltado à prevenção do HIV em mulheres, contribuindo para que novas formas de cuidado e prevenção sejam descobertas, que novos conhecimentos para área da saúde, discutindo o acolhimento, a escuta ativa, questões de desigualdades entre homens e mulheres (gênero), violência e o acesso de todos a testagem sorológica com fins de descoberta precoce do diagnóstico, com o aconselhamento pré e pós teste sorológico antecedendo a conduta. Assim, com esse estudo finalizado, quando já tivermos os resultados será possível a melhoria na qualidade de vida e saúde das mulheres, contribuindo para que elas exerçam a sua sexualidade livre do risco de infecção.

Os resultados do estudo serão apresentados em eventos científicos como encontros, seminários e congressos, serão publicados em revistas científicas e será agendado um momento junto a Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio de Jesus para apresentar os resultados a comunidade e aos profissionais do município.

Esclareço que a sua colaboração é muito importante, mas a sua participação é voluntária sendo garantida a liberdade de recusar-se a estar na pesquisa em qualquer fase do processo de coleta dos dados sem ser penalizada. Não haverá qualquer despesa ou custos envolvidos em sua participação nesta pesquisa. Caso aceite fazer parte do estudo agradeço a sua colaboração e solicito a sua assinatura ao final deste termo de consentimento livre e esclarecido que está em duas vias, uma sua e outra minha, pesquisadora responsável

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFRB no endereço: **(Endereço:** Rua Rui Barbosa, 710, Campus Universitário, Centro, Cruz das Almas. CEP 44 380 000. **Telefone:** (75) 3621-6850 **E-mail:** eticaempesquisa@ufrb.edu.br).

_____, ____/____/____ (Local e data)

Assinatura da entrevistada

Assinatura da pesquisadora

Assinatura da aluna colaboradora

APÊNDICE B

Instrumento de coleta de dados: Roteiro de Entrevista

A - Identificação do Instrumento:

A.1 – Nome da Unidade:	
A.2 – Data:	
A.3 – Início:	Fim:
A.4 – Iniciais da usuária:	
A.5 – Número do Prontuário:	
A.6 – Entrevistador:	

B - Perfil socioeconômico da usuária:

B.1 - Idade:
B.2 - Escolaridade:
B.3 – Cor da pele: () Branca () Negra () Parda () Amarela () Indígena () Não Sabe Declarar
B.4 – Religião:
B.5 - Naturalidade/UF:
B.6 – Estado Civil: () Casada () Solteira () Divorciada () Viúva () União Estável
B.7 – Com quem mora atualmente:
B.8 - Número de filhos:
B.9 – Usa algum tipo de droga:
B.10 – Tabagista: ()Sim Quantos por dia: _____ ()Não.
B.11 – Etilista: ()Sim ()Não ()Bebo socialmente ()Apenas em finais de semana ()Apenas em datas comemorativas

B.12-Profissão: Sim.

Você é:

- empregada assalariada autônoma
- autônoma com estabelecimento próprio empregador
- autônoma sem estabelecimento próprio autônoma de nível universitário
- Não sabe Outro _____

B. 13- Caso não trabalhe, você é:

- desempregado nunca trabalhou
- estudante Outro _____
- licença saúde há ____ anos e ____ meses
- aposentada por tempo de serviço

B. 14- Qual sua renda no último mês? R\$ _____

- não possui renda < de um salário mínimo
- de 1 a 3 salários mínimos de 3 a 6 salários mínimos
- de 6 a 10 salários mínimos de 10 a 14 salários mínimos

B.15- Quantas pessoas vivem com esta renda?

B.16 – Ocupação:

B.17 – Local/cidade onde reside:

B.18 – Escolaridade:

() Nenhuma

Ensino Fundamental: () Completo () Incompleto

Ensino Médio: () Completo () Incompleto

Ensino Superior: () Completo () Incompleto

C – Antecedentes Ginecológicos:

C.1 – Menarca: _____ Anos

C.2 – Coitarca: _____ Anos

C.3 – DST: () Sim () Não. Qual(s)?: _____

C.4 – Exame papanicolau: () Sim () Não

C.5 – Resultados do último exame:

D – Antecedentes Obstétricos:

D.1 – N° Gestações: ____ Nascidos vivos: ____ Natimorto(S): ____

D.2 – Abortos: () Sim () Não. Quantos?: ____

Motivo: () Espontâneo () Provocado

E – Percepção da Saúde Sexual:

E.1 – Qual sua Orientação Sexual?

E.2 – Possui parceiro afetivo/sexual? () SIM () NÃO
E.3 – Qual a quantidade de parceiros nos últimos dois meses?
E.4 – No caso de parceiro fixo, quanto tempo existe relação?
E.5 – Faz uso de métodos contraceptivos? () Não Caso de resposta afirmativa, quais? () Preservativo () Anticoncepcional oral () Anticoncepcional injetável () Preservativo e Anticoncepcional oral () Tabela
E.6 – Usa objetos sexuais durante a relação?
E.7 – Utiliza quais práticas sexuais: () Vaginal () Oral () Anal
E.8 – Usa preservativo em alguma destas práticas?
E.9 – Durante a relação sexual: () Sem alterações () Dor () Sangramento () DST
E.10 – Você utilizou o preservativo na primeira relação sexual? () Sim Onde adquiriu? _____ () Não lembro
E.11 – Na relação estável ainda utiliza o preservativo? () Sim () Não. Por que? () Confio no companheiro

<p>E.12 – Se utilizar o preservativo, quem toma iniciativa para o uso?</p> <p>() O pesquisado () Companheiro () Os dois () Não se aplica</p>
<p>E.13 – Onde adquire o preservativo?</p>

F- Uso de insumos de prevenção

<p>F.1 – Você já fez uso da camisinha feminina?</p> <p>() Sim Onde adquiriu?</p> <p>() Não lembro</p> <p>() Não. Por que? () Porque o parceiro não gosta</p> <p style="padding-left: 40px;">() Não gosto</p> <p style="padding-left: 40px;">() Usa outro método contraceptivo</p> <p style="padding-left: 40px;">() Não tinha na hora</p> <p style="padding-left: 40px;">() Não sei usar</p> <p style="padding-left: 40px;">() Não se aplica</p>
<p>F.2 – Qual preservativo você prefere, feminino ou masculino? Por que?</p>
<p>F.3-Quando você acha que é importante usar preservativo?</p>

F.4- Você já fez uso de lubrificante? Como adquiriu?
F.5- Você mantém relações apenas heterossexuais? () Sim
F.6- Quais os métodos de prevenção a DST você conhece?

G – Vulnerabilidades às DSTs:

G. 1- Me fale um pouco sobre sua vida sexual desde quando começou até hoje?
G.2- Você já usou camisinha alguma vez?
G.3- Como é pra você fazer uso da camisinha?
G.4- Me fale um pouco de como é a sua relação com seu parceiro atual desde quando
G.5- Na relação com seu parceiro ou parceira você já fez alguma coisa que não queria
G.6- Você já sofreu algum tipo de violência sexual, ou outra forma de violência, em
G.7- Quando na relação sexual você acha que não deve mais usar camisinha com o
G.8- O seu parceiro lhe impede/profibe de fazer algo que goste? O que?
G.9- Você acha que a mulher durante a relação sexual pode correr algum risco? Qual (is)?
F.10- Em algum momento da sua vida sexual você já desejou fazer uso da camisinha mas

H- Investigação Sorológica:

H.1- Você já ouviu falar do HIV/Aids? O que?
H.2- Você acha que seria necessário fazer o teste de HIV/Aids? Por que?
H.3- Durante as consultas de enfermagem você recebeu alguma orientação para a realização do teste de HIV/ADIS? De que maneira?
H.4- Você já fez o teste para saber se convive com o vírus do HIV/AIDS?
H.5- Qual foi o resultado do teste: <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Não sei o resultado

--

I- Fluxograma de Atendimento

I.1 – O que levou você a Unidade de Saúde?
I.2 – Me fale um pouco do problema que você apresentou
I.3– Como você descobriu?
I.4 – E depois da descoberta o que aconteceu?
I.5 Como você se sentiu após a descoberta do diagnóstico?
I.6 – Você compartilhou com alguém este diagnóstico? E como foi isso para você?

I.7- A partir do diagnóstico, me fale um pouco como está você.

I. 8- Quando você foi identificada com essas alterações a enfermeira orientou e/ou solicitou a realização do teste de HIV/AIDS para você e o seu parceiro? Vocês fizeram?
Sim () Não () Porque?

I.9- Quando você foi identificada com essas alterações a enfermeira solicitou que seu companheiro comparecesse para fazer algum tratamento?

Sim () Ele seguiu o tratamento? Não () Porque?

APÊNDICE C

ORÇAMENTO

MATERIAIS DE CONSUMO	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
Folha de ofício A4 (pct. 500)	01	R\$ 13,00	R\$ 13,00
Recarga cartucho de impressora	02	R\$ 20,00	R\$ 40,00
Caneta	05	R\$ 1,00	R\$ 5,00
Lápis	04	R\$ 0,50	R\$ 2,00
Borracha	03	R\$ 1,00	R\$ 3,00
Marcador de texto	05	R\$ 2,50	R\$ 12,50
Pasta catálogo	02	R\$ 6,00	R\$ 12,00
SUBTOTAL		R\$ 44,00	R\$ 87,50
DESPESAS			
Transporte/Mês	12	R\$ 2,00	R\$ 24,00
SUBTOTAL		R\$ 2,00	R\$ 24,00
MATERIAIS PERMANENTES			

Computador (Notebook)	01	R\$ 1.500,00	R\$ 1.500,00
Prancheta	01	R\$ 5,00	R\$ 5,00
Impressora	01	R\$ 350,00	R\$ 350,00
Pen drive	01	R\$ 30,00	R\$ 30,00
SUBTOTAL		R\$ 1885,00	R\$ 1885,00
TOTAL		R\$ 1931,00	R\$ 1996,50

APÊNDICE D

CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES

ATIVIDADES	MAI/13	DEZ/13	JAN/14	SET/14	OUT/14	NOV/14	DEZ/14
Início das atividades no PET/VS							
Revisão de Literatura							
Elaboração do projeto							
Metodologia							
Coleta de Dados							
Período de transcrição das entrevistas							

ATIVIDADES	JAN/15	FEV/15	MAR/15	ABR/15	MAI/15
Revisão de Literatura					
Análise de dados					
Considerações finais					
Finalização do projeto					
Entrega do TCC para a banca					
Defesa do TCC					

ANEXO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RECÔNCAVO DA BAHIA -
UFRB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estratégias de enfrentamento da feminização do HIV/Aids em Santo Antônio de Jesus, Bahia

Pesquisador: Lílian Conceição Guimarães de Almeida

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 02798512.0.0000.0058

Instituição Proponente: Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - UFRB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 191.710

Data da Relatoria: 18/02/2013

Apresentação do Projeto:

"Este estudo tem o objetivo de Traçar estratégias de enfrentamento a feminização do HIV/Aids em Santo Antônio de Jesus. A pesquisa terá uma abordagem de cunho qualitativo, tendo como sujeitos mulheres atendidas em unidades de saúde do município de Santo Antônio de Jesus-Bahia, as técnicas de coleta dos dados serão a observação, que será registrada em um diário de campo, a análise documental e a entrevista semi-estruturada gravada eletronicamente e transcrita na íntegra. A relevância deste estudo deve-se ao fato de ser fundamental a implementação de ações que venham a contribuir com a redução da feminização da infecção pelo HIV/Aids, este projeto tem um caráter intervencionista, assim buscaremos ao final do estudo, com base nos resultados encontrados estabelecer parcerias com setores governamentais e não governamentais para discutir e propor ações estratégicas de prevenção ao HIV/Aids na população estudada. O cenário nacional da pandemia da Aids sinaliza para o processo de feminização e de interiorização da infecção, ou seja duas situações de extrema magnitude e que urgem por soluções. A dinâmica em que ocorre a

infecção pelo HIV em mulheres é complexa e multicausal, pois envolve discussões que extrapolam o universo do comportamento individual, assim devemos ampliar as considerações para aspectos como a vulnerabilidade, seja ela individual, social ou programática, além disso os contextos em que podem estar inseridas também podem favorecer a infecção".

Objetivo da Pesquisa:

Endereço: SN
 Bairro: SN CEP: 44.380-000
 UF: BA Município: CRUZ DAS ALMAS
 Telefone: (75)3621-1293 Fax: (75)3621-9767 E-mail: secgab@ufrb.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RECÔNCAVO DA BAHIA -
UFRB



Objetivo Primário:

-Traçar estratégias de enfrentamento a feminização do HIV/Aids em Santo Antônio de Jesus*.

Objetivo Secundário:

- Identificar os contextos de vulnerabilidade a infecção pelo HIV/Aids em mulheres de Santo Antônio de Jesus;-Avaliar a distribuição de insumos de prevenção da infecção por HIV/Aids às mulheres em Santo Antônio de Jesus; -Traçar o fluxo de atendimento às mulheres com DST;-Conhecer as estratégias de sensibilização para realização de testes sorológico para diagnóstico de HIV/Aids em mulheres de Santo Antônio de Jesus*;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

As informações obtidas serão utilizadas apenas com fins acadêmicos evitando dano ou constrangimento a todos os envolvidos na pesquisa. Ressalta-se o compromisso com a transcrição literal do discurso e das observações, sendo fidedigna e opondo-se a qualquer distorção do conteúdo das mesmas. As mulheres para serem entrevistadas deverão ser acompanhadas, assistidas por profissionais dos serviços de saúde que após avaliá-las quanto aos aspectos sociais, físicos e emocionais sinalizarão para a pesquisadora a possibilidade de a entrevista ser realizada. Durante a realização da entrevista diante de qualquer desconforto ou constrangimento o processo de coleta será interrompido.

Benefícios:

Os resultados deste estudo podem fornecer maiores subsídios para que sejam traçadas estratégias de enfrentamento a feminização do HIV/Aids, contribuindo para reduzir o número de casos de morbidade e mortalidade em mulheres, favorecendo para o reconhecimento das situações de vulnerabilidade das mulheres a infecção pelo HIV/Aids, ajudará na discussão da eficácia das medidas e dos insumos de prevenção implementados até então. O estudo poderá fornecer dados que subsidiem o atendimento da enfermagem voltado à prevenção do HIV em mulheres, dando ênfase a implementação de tecnologias de relação na área da saúde, discutindo o acolhimento, a escuta ativa, questões de gênero, violência, e a universalização da testagem sorológica com fins de descoberta precoce do diagnóstico, com o aconselhamento pré e pós teste sorológico antecedendo a conduta. Assim, em posse dos resultados desse estudo será possível a melhoria na qualidade de vida e saúde das mulheres, contribuindo para que elas exerçam a sua sexualidade livre do risco de infecção.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta relevância científica e social, por buscar traçar "estratégia de enfrentamento da feminização do HIV/Aids em Santo Antônio de Jesus-Bahia", sendo "estabelecidos planos de ação para discussão e divulgação dos resultados com setores interessados pelo tema como

Endereço: SN

Bairro: SN

CEP: 44.380-000

UF: BA

Município: CRUZ DAS ALMAS

Telefone: (75)3621-1293

Fax: (75)3621-9767

E-mail: secgab@ufrb.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RECÔNCAVO DA BAHIA -
UFRB



movimentos sociais, áreas do governo municipal, Programa Municipal de DST/HIV/Aids*.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os Documentos de apresentação obrigatória estão presentes.

Recomendações:

Sugestões para o TCLE:

- Trocar o endereço residencial e telefone pessoal das pesquisadoras por endereço e telefone profissional;
- Informar que o projeto foi cadastrado e aprovado pelo CEP-UFRB e não que esse comitê é responsável por esclarecer "as dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após nova avaliação do projeto de pesquisa, baseado na Resolução 196/96, concluímos que as pendências foram resolvidas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O parecer atende as normativas da Resolução 196/96. Lembramos as pesquisadoras que aguardamos relatório final da pesquisa.

CRUZ DAS ALMAS, 31 de Janeiro de 2013

Assinador por:
Deisy Vital dos Santos
(Coordenador)

Endereço: S/N
Bairro: S/N CEP: 44.380-000
UF: BA Município: CRUZ DAS ALMAS
Telefone: (75)3621-1293 Fax: (75)3621-9767 E-mail: secgab@ufrb.edu.br