



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

KEZIA FRANÇA DE JESUS

**VULNERABILIDADES AO HIV: SITUAÇÕES IDENTIFICADAS NOS DISCURSOS
DE MULHERES SOROPOSITIVAS**

SANTO ANTÔNIO DE JESUS - BA

2015

KEZIA FRANÇA DE JESUS

**VULNERABILIDADES AO HIV: SITUAÇÕES IDENTIFICADAS NOS DISCURSOS
DE MULHERES SOROPOSITIVAS**

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

KEZIA FRANCA DE JESUS

VULNERABILIDADES AO HIV: SITUAÇÕES IDENTIFICADAS NOS DISCURSOS
DE MULHERES SOROPOSITIVAS

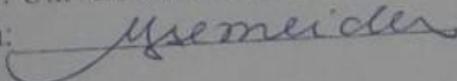
Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em 14 de maio de 2015

BANCA EXAMINADORA

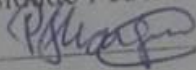
Orientadora: Profa. Doutora Lilian Conceição Guimarães de Almeida

Instituição: Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB)

Assinatura: 

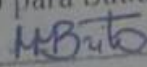
Profa. Mestre Patrícia Figueiredo Marques

Instituição: Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB)

Assinatura: 

Preceptora Especialista Manuela Matos Brito

Instituição: Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) / Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde – Vigilância em Saúde

Assinatura: 

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me oportunizado trilhar os caminhos que percorri na minha graduação. A construção e finalização desse trabalho só foi possível com o apoio dos meus pais, família, amigos, do meu namorado, da minha orientadora e ao grupo PET/VS que deram o suporte necessário, cada um a sua maneira para concretização desse processo. Nesse sentido, é válido frisar a minha participação no PET/VS-“Mulher” como um divisor de águas na minha graduação, e a realização desse trabalho foi um dos produtos advindos da minha participação nesse grupo de pesquisa. Agradeço em especial:

À Deus, por toda saúde, paciência e disposição para vencer as batalhas da graduação.

À meus pais, minha base de vida, meu muito obrigado por todo apoio, incentivo e carinho que recebi nessa trajetória.

Ao meu irmão por sempre torcer pelo meu sucesso.

Aos meus familiares por acreditarem na minha vitória.

Aos meu namorado pelo apoio e confiança depositada em mim.

Aos meus amigos que sempre estiveram presentes cada um a seu modo.

À minha orientadora por todos conselhos acadêmicos e pelo compartilhamento de aprendizado nesses anos de graduação

À toda a equipe PET, por toda parceria esses dois últimos anos, sei que levarei amigos para vida.

JESUS, Kézia França de. **Vulnerabilidades ao HIV:** situações identificadas nos discursos de mulheres soropositivas. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) 2015 – Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, 2015. 56f.

RESUMO

O conceito de vulnerabilidade foi proposto na tentativa de substituir a noção de grupos de risco, comportamentos de riscos e incorporar uma visão mais abrangente para a população, abordando a vulnerabilidade nos níveis social, político-programático e individual ao HIV. Nesse sentido, este estudo buscou identificar situações de vulnerabilidades ao HIV nos discursos de mulheres soropositivas. A pesquisa utilizou a abordagem qualitativa, a coleta de dados foi realizada através de entrevista semiestruturada, foram feitas 12 entrevistas com mulheres soropositivas ao HIV/AIDS que estavam sendo acompanhadas no serviço de referência para HIV/Aids do município de Santo Antonio de Jesus-Bahia. As entrevistas aconteceram no período de Setembro a Novembro de 2014, os discursos foram organizados segundo a análise de conteúdo e analisados com o auxílio das referências bibliográficas acerca do tema, dessa sistematização emergiu três categorias: “Estratégias de prevenção individual”, “Aspectos sociais relacionados a vulnerabilidade” e “Situações relacionadas a vulnerabilidade programática”. Os resultados permitiram identificar que a ausência da autopercepção de vulnerabilidade e a confiança no parceiro estavam fortemente interligadas com a aquisição da infecção pelas mulheres do estudo, percebeu-se que todas se tornaram soropositivas através de relações heterossexuais, e em sua maioria não obtiveram orientações no serviço para realização de testagem para HIV, o que levou a um padrão de diagnósticos tardios para as mesmas. Houve uma discrepância muito grande entre os discursos, acerca da percepção da vulnerabilidade, quando comparados antes e após a infecção, assim estas mostraram-se mais conscientes da importância do uso do preservativo, reconhecendo os erros da não utilização do insumo de prevenção, além disso, demonstraram em sua maioria terem recebido orientação após diagnóstico de HIV a fim de prevenir a reinfecção e contágio de outras pessoas. Nesse sentido, ratifica-se a importância do trabalho multidisciplinar no atendimento aos usuários dos serviços de saúde, buscando realizar ações para a sensibilização e adesão da população as práticas seguras, além da ampliação da abordagem realizada com informações de qualidade transmitidas acerca da prevenção do HIV e da sua reinfecção.

Palavras-chaves: Vulnerabilidade em Saúde. HIV. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. Saúde da Mulher.

JESUS, Kézia França. **Vulnerability to HIV:** situations identified in the discourse of HIV-positive women.. Work Completion of course (Bachelor of Nursing) 2015 - Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, 2015. 56f .

ABSTRACT

The concept of vulnerability was proposed in an attempt to replace the notion of risk groups, risk behaviors and incorporate a broader vision for the population, addressing the vulnerability in the social levels, political and programmatic and individual HIV. Thus, this study sought to identify situations of vulnerability to HIV in the speech of HIV-positive women. The research used a qualitative approach to data collection was carried out through semi-structured interviews were made 12 interviews with HIV-positive women to HIV / AIDS that were being followed up at referral service for HIV / AIDS in the municipality of Santo Antonio de Jesus, Bahia . The interviews took place from September to November 2014, the speeches were organized according to content analysis and analyzed with the aid of references on the subject, this systematization emerged three categories: "individual prevention strategies", "related social aspects vulnerability "and" situations related programmatic vulnerability. " The results showed that the absence of vulnerability perception and confidence in the partner were strongly linked with the acquisition of infection by the women, it was noted that all became HIV positive through heterosexual sex, and mostly did not obtain guidance on service to perform HIV testing, which led to a pattern of delayed diagnosis for the same. There was a very large discrepancy between the speeches, about the perception of vulnerability compared before and after infection, so these were more aware of the importance of condom use, recognizing the errors of not using the input to prevent further showed mostly having received guidance after HIV diagnosis to prevent reinfection and infecting other people. In this sense, it confirms the importance of multidisciplinary work in the service to users of health services, seeking to take action to raise awareness and adherence of the population safe practices, as well as expansion of the approach performed with quality information transmitted about HIV prevention and its reinfection

Keywords: Health Vulnerability. HIV. Acquired Immunodeficiency Syndrome. Women's Health.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	REFERENCIAL TEÓRICO	12
2.1	A vulnerabilidade à infecção pelo HIV/AIDS.	12
2.1.1	A vulnerabilidade social	13
2.1.2	A vulnerabilidade individual	14
2.1.3	A vulnerabilidade programática	15
2.1.4	Importância da autopercepção da vulnerabilidade para prevenção ao HIV/AIDS	17
3	METODOLOGIA	19
3.1	Tipo de pesquisa	19
3.2	Campo de pesquisa	20
3.3	Coleta e análise dos dados	21
3.4	Aspectos éticos	24
3.5	Limitações do estudo	25
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES	26
4.1	Caracterização dos sujeitos	26
4.2	Categorias de análise	27
4.2.1	Aspectos sociais relacionados a vulnerabilidade	27
4.2.2	Estratégias de prevenção individual	32

4.2.3 Situações relacionadas a vulnerabilidade programática	37
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
REFERÊNCIAS	43
APÊNDICE A	48
APÊNDICE B	49
APÊNDICE C	50
APÊNDICE D	53
ANEXOS	61

1 INTRODUÇÃO

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) apresenta aspectos muito complexos em torno do seu processo infeccioso, envolvendo características individuais e coletivas, o que influencia diretamente na forma que esta infecção pode ser propagada ou evitada. Dessa forma, a percepção individual e coletiva de risco pode implicar na qualidade da prevenção implementada e conseqüentemente tende a favorecer o aumento ou diminuição da transmissão do HIV nessa sociedade.

A noção de risco de certa forma está relacionada com o conhecimento geral do processo infeccioso do HIV, e como este pode servir de empoderamento da população, uma vez que quando a magnitude da doença é exposta e entendida, quando é reconhecida a susceptibilidade do indivíduo e a possibilidade de ser e estar vulnerável, espera-se que dessa forma este indivíduo adquira e assuma uma postura mais preventiva frente a infecção. Dessa forma, para favorecer a autopercepção da vulnerabilidade, o conhecimento acerca do processo infeccioso do HIV e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é parte integrante.

Entendendo assim, que ser portador do vírus é diferente de ter a síndrome, dessa forma, para possuir a síndrome é preciso primeiro ter o vírus presente no organismo, e segundo Pastore (2005), o HIV infecta as células TCD4 que recebem as informações dos macrófagos da existência do vírus, este se multiplica e acarreta morte progressiva dessas células ao longo do tempo, tempo este que define em aproximadamente 10 anos entre a infecção do vírus e o aparecimento da AIDS. Tal mudança é evidenciada quando analisa-se o quantitativo de células CD4, tendo valor de referência dentro do padrão de normalidade em torno de 1000 mm^3 , porém, quando atinge 200 mm^3 ou fica abaixo deste valor em um paciente infectado por HIV, então esta pessoa tem o diagnóstico de AIDS, o que permite afirmar que pessoas portadoras da AIDS possuem maiores chances de desenvolver doenças oportunistas.

Além do conhecimento da forma de transmissão, que se dá pela relação sexual sem o preservativo e pela transmissão vertical e contato direto com secreções biológicas como o sangue, o entendimento de informações como estas, pode favorecer a percepção por parte da população da necessidade da prevenção assídua, a fim de evitar as mazelas que podem acometer a quem possuir tal infecção. Outro fator importante para identificação da vulnerabilidade é conhecer a população acometida pelo HIV/AIDS, uma vez que políticas

públicas podem ser direcionadas na tentativa de atingir mais efetivamente também esta população, sendo assim necessário traçar o perfil epidemiológico desta infecção.

O perfil do surgimento da infecção no início da década de 80, modificou-se ao longo do tempo, transformando assim o perfil epidemiológico da doença. Percebe-se atualmente que este perfil pode ser caracterizado pela juvenilização, feminização, heterossexualização e interiorização.

No ano de 1984, 71% dos casos notificados eram referentes a homossexuais e bissexuais masculinos (BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2001), e atualmente segundo as estimativas do Boletim Epidemiológico HIV/AIDS de 2014, no ano de 2013 aproximadamente 734 mil pessoas vivem com o HIV/AIDS, das quais 80% (589 mil) já haviam sido diagnosticadas, neste mesmo ano foram identificados 18 casos de AIDS em homens para cada 10 casos em mulheres, porém tais dados não permitem diferenciar pessoas apenas vivendo com HIV.

Apenas após a Portaria Ministerial nº 1.271, de 06 de junho de 2014, que define a Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória em âmbito nacional, é que a “Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)” foi adicionada a lista, porém devido as dificuldades na implementação, ainda não existem dados concretos em 2014 do número de casos de HIV notificados e que possam ser representativos da realidade brasileira. Assim, nesse estudo será utilizada a nomenclatura HIV/AIDS, quando for referido a dados epidemiológicos, por não dispor de correta diferenciação nesses dados.

Dessa forma, a razão entre os sexos apresenta modificações no seu padrão ao longo dos anos, desde o surgimento da epidemia esta vem diminuindo, segundo o boletim epidemiológico HIV/AIDS de 2014, em 2013, para cada 100.000 habitantes, a razão de sexo nas faixas etárias de 20 a 29 anos e de 30 a 39 anos foi de 2,2 e 1,9 casos em homens para cada caso em mulheres, respectivamente. Assim, observou-se que os homens jovens estão se infectando mais, e as mulheres com idade superior a 30 também (MINISTÉRIO..., 2014)

Tais dados permitem caracterizar a feminização, esta decorrente da heterossexualização, uma vez que, esse aumento de casos em mulheres sofre interferências com questões de gênero construídas ao longo da história, em que a mulher é colocada em situação de submissão e carrega ainda nos dias atuais dificuldades de negociar o sexo seguro nas suas relações, as colocando em grande situação de vulnerabilidade ao HIV.

Outra característica que compõe o perfil atual epidemiológico é a juvenilização, através dos dados observa-se uma tendência de aumento nas taxas de detecção entre os jovens de 15 a 24 anos, porém devido ao aumento da expectativa de vida sexual ativa, percebeu-se também um aumento na faixa etária de adultos com 50 anos ou mais nos últimos 10 anos (BRASIL, 2012).

Também é importante identificar as regiões no Brasil que possuem maior e menor índice da infecção, uma vez que norteará as políticas públicas com intuito de reduzir a vulnerabilidade dessas regiões. De acordo com o boletim epidemiológico de HIV/AIDS de 2013, no ano de 2012 foram notificados 39.185 casos de AIDS no Brasil, valor este que mantém-se estável nos últimos 5 anos. A taxa de detecção nacional foi de 20,2 casos para cada 100.000 habitantes. A maior taxa de detecção foi observada na Região Sul, 30,9/100.000 habitantes, seguida pela Região Norte (21,0), Região Sudeste (20,1), Região Centro-Oeste (19,5), e Região Nordeste (14,8) (MINISTÉRIO..., 2013)

Essa baixa taxa de detecção de casos de AIDS da região Nordeste em 2012 comparada com as outras regiões possibilita o questionamento acerca do devido acesso a essa população aos testes diagnósticos e aos serviços de saúde, que podem não ter ocorrido de maneira efetiva. Do período de 2009 a 2013, 18806 casos de AIDS foram diagnosticados na Bahia e notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), declarados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e registrados no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral/ Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siscel/Siclom). A taxa de detecção de casos de AIDS na Bahia notificados no Sinan no período de 2010 a 2013, apresentou respectivamente entre 12,0; 12,9; 12,9 por 100000 habitantes. Já em Santo Antônio de Jesus, no período de 2013 a 2014, tem-se o total de 40 casos diagnosticados, entre estes, 26 no período de 2013 e 14 no período de 2014, segundo dados do Sinan, extraídos através do DataSUS.

Através da observação desses dados estatísticos e da história epidemiológica da infecção, algumas conjecturas são feitas no intuito de compreender a dinâmica da epidemia, podendo-se inferir que ainda não se encontra totalmente enraizada na população a informação acerca da presença da própria susceptibilidade ao HIV, além de existir também resquícios que identificam e estigmatizam os antigos grupos de risco e pessoas que possuem comportamentos de risco como os únicos com chances reais de adquirir o HIV. Assim,

aborda-se o conceito de vulnerabilidade, na tentativa de substituir a noção de grupos de risco, comportamentos de riscos e incorporar uma visão mais abrangente para a população, abordando a vulnerabilidade nos níveis social, político-programático e individual.

Segundo Ayres et al.(1997), o conceito de vulnerabilidade busca estabelecer uma síntese conceitual e prática das dimensões sociais, político-institucionais e comportamentais associadas às diferentes susceptibilidades de indivíduos, grupos populacionais e até mesmo nações à infecção pelo HIV e às suas consequências, não visando a distinção daqueles que possuem chance de se expor ao HIV, mas fornece elementos para avaliar objetivamente as diferentes chances que todo e qualquer indivíduo tem de se infectar, dado o conjunto formado por certas características individuais e sociais de seu cotidiano, julgadas relevantes para a maior exposição ou menor chance de proteção diante do problema.

Dessa forma, o conhecimento das diferentes chances dos indivíduos se infectarem, favorece o desenvolvimento de estratégias e políticas públicas destinadas a determinados grupos que não estão tão cobertos, nem tão focados nas estratégias já existentes de prevenção. Ampliando a disseminação da informação acerca da prevenção ao HIV/AIDS e favorecendo a autopercepção da vulnerabilidade a infecção por parte da população.

Em Santo Antônio de Jesus (SAJ), na tentativa de implementar estratégias político-públicas para minimizar a vulnerabilidade programática, que está diretamente entrelaçada com as ações e compromissos governamentais que visam oportunizar prevenção, educação e assistência relacionada ao HIV/AIDS, foi inaugurado o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA)/ Serviço de Atendimento Especializado (SAE) em 2007. Este oferece serviços de testagem para HIV e acompanhamento do indivíduo soropositivo, inclusive disponibiliza para os usuários terapia antirretroviral gratuita, atendimento psicológico, distribuição de insumos de prevenção, porém não se restringe ao HIV, é possível utilizar esses serviços para acompanhamento também das Hepatites, HTLV, Sífilis.

Tal trabalho justifica-se pela relevância ratificada no conhecimento das práticas vivenciadas por mulheres soropositivas no processo da infecção ao HIV, assim favorecendo o reconhecimento das falhas apresentadas no processo de prevenção da infecção e reinfecção, permitindo essa identificação por parte das autoridades e conseqüentemente favorecendo a proposição de estratégias de enfrentamento frente a realidade apresentada.

Dessa forma, o presente trabalho teve como objetivo identificar situações de vulnerabilidades ao HIV nos discursos de mulheres soropositivas.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A vulnerabilidade à infecção pelo HIV/AIDS

O destaque da vulnerabilidade como conceito surgiu em 1990, sendo introduzido por Jonathan Mann, pela necessidade de abranger populações que não estavam sendo contempladas, não poderiam ser incluídas nem pelos conceitos de grupo de risco, nem pelo comportamento de risco, dentre elas pode-se destacar crianças em situação intra-uterina, mulheres donas de casa, casadas e com único parceiro.

Assim segundo Schaurich e Freitas (2011), este conceito surge para suprir lacunas deixadas pelo conceito de grupo e comportamento de risco, amplamente divulgados e associados no período inicial da infecção pelo HIV. “Ser vulnerável é não ter meios para se proteger; não ter acesso aos cuidados com a saúde, à educação, trabalho; fonte de renda, moradia, é também não ter liberdade para escolher ou propor” (SALDANHA 2003, p. 19).

Estar vulnerável não significa não ter todos os acessos, a falta de um deles já considera-se vulnerabilidade, porém a soma desses fatores coloca o indivíduo em situação de maior vulnerabilidade, o que permite inferir que a atitude comportamental é um ponto em meio à imensidão de fatores influenciáveis na exposição do indivíduo ao HIV. Assim o conceito de vulnerabilidade permite expandir as dimensões influenciadoras na exposição ao HIV, englobando aspectos além de individuais, também coletivos que interfiram na susceptibilidade da aquisição e adoecimento ao vírus.

Tal comunicação possibilita que a vulnerabilidade seja definida por três tipos de conceitos: a vulnerabilidade social, individual e programática, que se refere respectivamente, ao meio em que esta pessoa vive e é influenciada pelo mesmo, as atitudes adquiridas frente a situações de exposição, e as políticas e programas realizados pelo país, que visem a prevenção e assistência relacionados ao HIV/AIDS para a população. Segundo Figueiredo et al (2013), este conceito pode ser reafirmado, uma vez que, a vulnerabilidade de um grupo populacional à epidemia de HIV é definida pelo conjunto de características macropolíticas, econômicas, socioculturais que reforçam ou diluem o risco individual.

No momento infere-se então que a vulnerabilidade é um termo que melhor caracteriza a forma que a doença pode atingir as pessoas, uma vez que a vulnerabilidade é multidimensional, esta varia em níveis para cada indivíduo, porém todos estão vulneráveis de alguma maneira, em alguma situação e a alguma coisa, sendo importante identificar o motivo

da vulnerabilidade e onde se está vulnerável na tentativa de mudança da realidade apresentada e na real proteção desse indivíduo frente ao HIV.

Sendo assim, a relevância do conhecimento sobre a vulnerabilidade aos agravos de saúde, reside nas implicações que produz na saúde daqueles que são vulneráveis e, conseqüentemente, na identificação de suas necessidades de saúde, com o propósito de lhes assegurar proteção (BERTOLOZZI et al 2009).

2. 1. 1 A Vulnerabilidade social

Segundo Sousa, Miranda e Franco, (2010), a vulnerabilidade social pode ser entendida como um espelho das condições de bem-estar social, que envolvem moradia, acesso a bens de consumo e graus de liberdade de pensamento e expressão, sendo tanto maior a vulnerabilidade quanto menor a possibilidade de interferir nas instâncias de tomada de decisão. Sendo diretamente relacionado ao entorno social em que está inserido, a escolaridade do indivíduo, acesso a informação, a escola e serviços de saúde, suas condições de bem estar, renda individual e familiar, se encontrando em maior situação de vulnerabilidade social, quem não possuir tais condições sociais, pode-se então dizer que a gravidade da vulnerabilidade é diretamente proporcional a falta de acesso social.

Quando é abordada a vulnerabilidade social, esta pode ser relacionada ao acesso do indivíduo a diversos fatores, como à informações, educação, aos serviços de saúde, lazer, e a influência política deste indivíduo na sociedade, não deixando de englobar fatores como a violência em todos os seus níveis e a cultura na qual o mesmo está inserido. (SCHAURICH; FREITAS, 2011)

Nesse sentido, infere-se que a vulnerabilidade social abrange toda identidade social e cultural de um povo, o que reflete em como serão estabelecidas as relações antropocêntricas. Historicamente no Brasil possui-se uma desigualdade de gênero e de iniquidades sociais que se encontram presentes ao longo dos séculos e hoje ainda não estão totalmente aniquiladas e estes resquícios continuam influenciando a forma como as pessoas agem frente a situações de exposição, refletindo também negativamente no empoderamento pessoal da mulher frente ao HIV, o que diretamente interliga a vulnerabilidade individual e programática.

Segundo Silva e Vargens (2009), a história da mulher foi construída socialmente com fatores que favoreceram a inferioridade da mesma e a sua submissão ao sexo masculino, o que resulta na dificuldade de igualar ambos os sexos. Tal história reflete nos dias atuais, uma vez que ainda existem demarcações diferenciadas de papéis entre os sexos e assim, não são dadas as mulheres as oportunidades da mesma forma que são oferecidas aos homens, favorecendo o sexo masculino.

Dessa forma pode-se afirmar que essa desigualdade de gênero resulta em diversos aspectos que favorecem a feminização do HIV, entre elas o aumento da vulnerabilidade feminina pela dificuldade de negociação do sexo seguro, uma vez que existe o receio de muitas mulheres para assumirem uma postura preventiva do uso do preservativo nas relações sexuais, muitas vezes por medo de serem repudiadas e causarem conflitos no relacionamento, assim, estas continuarão em exposição ao HIV, vulneráveis pela imposição do gênero resultante de séculos de dominação masculina que nesses casos em sua maioria não aceitam o uso do preservativo, sendo um obstáculo para a percepção da vulnerabilidade.

Silva e Vargens (2009) complementam ainda a importância da elaboração de estratégias preventivas direcionadas não apenas as mulheres, mas que envolvam os homens em um processo de mudança, já que seu comportamento atinge diretamente a mulher.

2.1.2 A Vulnerabilidade Individual

Vulnerabilidade individual, que diz respeito à ação individual de prevenção frente a uma situação de risco. Envolve aspectos relacionados a características pessoais (idade, sexo, raça, etc), ao desenvolvimento emocional, percepção do risco e atitudes voltadas à adoção de medidas de autoproteção; bem como a atitudes pessoais frente a sexualidade, conhecimentos adquiridos sobre doenças transmissíveis e AIDS; vivência da sexualidade e habilidades de negociar práticas sexuais seguras, crenças religiosas etc (NICHIATA et al. 2008)

Pode-se afirmar então que a vulnerabilidade individual está relacionada ao intrínseco, ao grau de consciência da possibilidade de adquirir o HIV e sua menor exposição interliga-se com a capacidade do indivíduo repensar e refletir acerca de atitudes, ações e comportamentos próprios, principalmente frente a situações de risco.

Ayres et al. (1997) define a vulnerabilidade individual de acordo com três pressupostos: o primeiro diz respeito a vulnerabilidade à infecção pelo HIV inerente a todo

indivíduo, que vai variar de acordo com os meios que o mesmo vai possuir para se proteger, podendo ser mutável com o tempo, já o segundo pressuposto refere-se ao potencial de vulnerabilidade a morbidade, invalidez ou morte que existe em pessoas infectadas pelo HIV e que vai variar de acordo com assistência que for oferecida aos mesmos e o último pressuposto aborda a vulnerabilidade individual e as condições que a afetam, como informações, acesso a recursos, comportamentos protetores, entre outros.

De acordo com Schaurich e Freitas (2011), esse tipo de vulnerabilidade diz respeito a aspectos de ordem cognitiva e comportamental, isto é, considera os comportamentos que podem criar uma maior oportunidade de o indivíduo infectar-se e /ou adoecer, sendo que eles estão associados ao grau de consciência que os mesmos têm da epidemia HIV/AIDS e ao seu poder de transformação destas atitudes.

Este conceito é evidenciado pelo Ministério da Saúde (2007), que classifica a vulnerabilidade individual, relacionando-a principalmente com os comportamentos adotados pelo indivíduo e que podem favorecer sua infecção. Trazendo como exemplo, a falta de informação de medidas educativas sobre as formas de transmissão e prevenção das DST/HIV, a pouca motivação ou sensibilização pessoal para aceitar que se encontra em situações de risco de infecção e o baixo poder de confiança ou estima para adotar medidas preventivas, como o uso sistemático de preservativos nas relações sexuais.

Dessa maneira, pode-se afirmar que todas as pessoas podem se infectar pelo HIV, já sendo vulneráveis apenas por serem humanos, uma vez que não existe nenhuma proteção específica e biológica intrínseca para evitar o contágio com a exposição, assim para realizar a prevenção, no âmbito da vulnerabilidade individual, esta deve estar relacionada ao conhecimento sobre as práticas de proteção, os valores, crenças, e ao autocuidado.

2.1.3 A Vulnerabilidade Programática

Segundo o Ministério da Saúde (2007), a vulnerabilidade programática diz respeito aos bens, insumos e serviços disponibilizados para as populações por meio de políticas públicas de saúde, educação e justiça.

Sendo assim o plano programático inclui os esforços realizados por parte do governo para combate do HIV, utilizando projetos, serviços, políticas com o intuito de uma assistência

à prevenção e quebra da cadeia de transmissão da infecção de forma efetiva e integrada com os demais setores governamentais. Sendo esta vulnerabilidade programática, influenciada pela vulnerabilidade social e individual e assim ciclicamente estão interligadas, influenciando uma as outras, como pode ser visto através do posicionamento de Paulilo e Jeólas, (2000, p.28): “A mudança de comportamento na prevenção da AIDS passa por coações estruturais de natureza econômica, política, cultural e jurídica muito amplas e enraizadas e diferem de país para país, de região para região, de segmento social para segmento social.” E assim, quanto mais é ofertado de políticas públicas a população, que incluem não só aspectos relacionados a prevenção ao HIV, mas também que influenciam indiretamente nessa prevenção como o acesso à educação e à saúde, menos marginalizados e excluídos, e mais recursos esses terão para elaborar escolhas para suas próprias vidas, e diminuir a vulnerabilidade, favorecendo a adoção de práticas de proteção.

Dessa forma, a alta qualidade dos serviços oferecidos a população, o acesso facilitado aos serviços preventivos e assistenciais, e a abrangência das políticas públicas para o maior contingente populacional, além da periodicidade na avaliação e retroalimentação dos serviços serão fatores facilitadores na redução deste nível de vulnerabilidade.

No Brasil, tem-se políticas públicas que favorecem e incentivam a prevenção do HIV, uma vez que se disponibiliza a distribuição gratuita de preservativos, presentes nas Unidades Básicas de Saúde, em Feiras de saúde promovidas nos municípios, tem-se também testagem gratuita disponível nos Centros de Testagem e Aconselhamento e em campanhas preventivas, além da testagem inclusa no programa de pré-natal. A parte assistencialista do tratamento ao HIV também é oferecida de forma gratuita ao cidadão Brasileiro, uma vez que medicamentos antirretrovirais são oferecidos para soropositivos, pessoas que sofreram violência sexual ou sofreram acidente com perfurocortantes, terapêutica esta que é seguida de acordo com protocolos pré-estabelecidos de atendimento.

Apesar de todo insumo oferecido, nem sempre este é alcançado pela população, uma vez que nem sempre o acesso aos serviços de saúde é garantido, principalmente quando refere-se a população masculina, que carrega consigo uma resistência social para adoção de medidas preventivas quanto a ida aos serviços de saúde de atenção primária, o que dificulta essa propagação de informação e insumos. Outro fator influenciador é o fato de que possuir a informação acerca da forma correta de prevenção ou de aquisição gratuita dos insumos, não pode ser considerado garantia para aquisição de práticas preventivas, podendo ser agravado

pela falsa percepção de minimização de mazelas do HIV, pela relação do aumento da expectativa de vida dos soropositivos e o uso da medicação antirretroviral, o que constitui mais uma barreira para implementação efetiva das políticas oferecidas e disponibilizadas pelo Governo Brasileiro.

Constitui-se então como desafio para redução da vulnerabilidade programática, não só tentar abranger e garantir o acesso ao maior número de pessoas, mas quebrar paradigmas e tentar reduzir a vulnerabilidade social e individual que são influenciadoras no sucesso da diminuição da vulnerabilidade no contexto institucional.

Dessa forma, segundo Oliveira (2013), a abordagem programática objetiva a prevenção da infecção pelo HIV mediante atuações do Estado na implementação de ações e atividades educativas, difundindo informações em grande escala populacional, implementando meios de prevenção e controle da doença e promovendo pesquisas para identificação de situações que tornam os sujeitos mais expostos ao vírus, culminando em ações na área da saúde e educação e consequentes resultados satisfatórios para a sociedade.

2.1.4 Importância da autopercepção da vulnerabilidade para prevenção ao HIV/AIDS

Os conceitos de grupos de risco, comportamento de risco que antecederam o conceito de vulnerabilidade, foram responsáveis por trazer a estigmatização social das pessoas classificadas em maior risco para adquirir o HIV, resultando em marginalização destes na sociedade, por serem estes conceitos culpabilizadores no que se refere a aquisição e transmissão da infecção.

Apesar dos avanços e do reconhecimento da abrangência das diversas formas de transmissão dessa doença, e de estar difundido que por ser da espécie humana, todos tem a chance de adquirir o HIV, porém cada um com sua peculiaridade inerente e influenciada pelo meio em que está inserido, ainda hoje resquícios dessa estigmatização perduram e atualmente influenciam a percepção de vulnerabilidade pela população, assim, o estar vulnerável ainda se limita ao outro, possuindo uma falsa percepção de imunização, tornando invisível a vulnerabilidade pessoal, intrínseca divergente para cada pessoa.

São diversos os fatores que influenciam nessa falsa sensação de imunização e de ausência de vulnerabilidade a infecção, dentre elas discute-se a confiança estabelecida com os

parceiros na relação amorosa, em que estes não sentem necessidade no uso do preservativo como forma de prevenção, porém a feminização decorrente da heterossexualização carrega consigo a transmissão nos relacionamentos estáveis, por consequente quebra nessas relações de confiança e possivelmente estabelecimento de relações extraconjugais, parceiros fixos e eventuais simultâneos, que colocam o parceiro em total situação de vulnerabilidade.

Saldanha (2003) explica como funciona esse mecanismo de invulnerabilidade nas relações amorosas, uma vez que a confiança do parceiro, aliada ao fato do relacionamento ser exclusivo apenas na teoria, forma a base da infecção. O amor e a paixão apresentam um componente que emerge a partir da construção de um sentimento de invulnerabilidade, típico de pessoas apaixonadas. Elas se sentem de tal maneira, plenas, poderosas, que vem-lhe a certeza da invulnerabilidade, nenhum mal pode advir de alguém que é sujeito e objeto de sua paixão. Além disso, o risco trazido pelo parceiro se insere no universo amplo dos riscos aceitáveis e perdoáveis decorrentes do ato de amar.

Outro fator facilitador do aumento da vulnerabilidade se encontra presente na faixa etária idosa, uma vez que estes indivíduos na sua fase sexual mais ativa que seria na idade jovem, não tinham práticas sexuais protegidas, já que a infecção pelo HIV só foi descoberta na década de 80 e a partir daí que foram divulgadas medidas preventivas. Dessa forma, este fato constitui-se como fator dificultador na adesão atual do uso do preservativo, em que a ideia contraceptiva muitas vezes se encontra atrelada ao preservativo e que nesse caso contracepção não seria fator preocupante para as idosas, além da percepção de vulnerabilidade apenas no outro, todos esses fatores resultam no aumento do número de casos nessa população (SILVA; LOPES; VARGENS, 2010)

Essa percepção de invulnerabilidade se encontra presente também nos casais sorodiscordantes, que muitas vezes confundem o uso da medicação antirretroviral pelo parceiro com a cura do mesmo, o que tende a assumirem posturas não preventivas, acarretando na dificuldade de adesão do preservativo (REIS; GIR, 2009)

Tais situações constituem um perigo para continuidade da cadeia de transmissão, uma vez que vão resultar na não prevenção ao HIV e consequente ineficiência das políticas implementadas para essa população. O que permite reafirmar que o conceito de vulnerabilidade deve ser difundido, de tal forma que o mesmo seja enraizado através dos programas e serviços, favorecendo esse reconhecimento que tende a modificação da atual realidade.

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de pesquisa

Tratou-se de um estudo qualitativo, que segundo Gerhardt e Silveira (2009), aborda questões que não podem ser quantificadas, uma vez que busca relacionar o porquê das coisas, explicando as relações sociais de forma não métrica, valendo-se de diversas abordagens.

A pesquisa qualitativa está inserida em um meio de subjetividade, interligando diversos contextos da natureza humana, o que proporciona a ampliação de observações quando comparada com a abordagem quantitativa. Tal fato é ratificado por Minayo (1993, p. 244) quando expõe que, “é no campo da subjetividade e do simbolismo que se afirma a abordagem qualitativa”, este contexto compreende as relações humanas com suas atividades e significados.

Assim a pesquisa qualitativa tem como característica a capacidade de se adequar a diversas situações apresentadas, dotando-se de uma flexibilidade ímpar, uma vez que diferentemente da quantitativa, esta não dispõe de padronizações de pesquisa, nem de utilização de métodos estatísticos para análise, o que permite afirmar que existem diversos direcionamentos a cada problema e objeto de pesquisa apresentado.

Segundo Diehl (2004) a pesquisa qualitativa favorece a compreensão dos processos vivenciados por determinada população, já que descreve a complexidade dos problemas vivenciados pela mesma e possibilita o entendimento das distintas particularidades envolvidas nesse contexto. Dessa forma, pode-se inferir que esta metodologia possibilitou uma melhor identificação das situações de vulnerabilidades ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) nos discursos dessas mulheres soropositivas usuárias do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) / Serviço de Atendimento Especializado (SAE) .

A presente pesquisa além de ser de abordagem qualitativa, assumiu um caráter descritivo e exploratório, que segundo Lima-Costa (2003, p.191) “têm por objetivo determinar a distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde, segundo o tempo, o lugar e/ou as características dos indivíduos”. Tal característica favorece uma melhor e mais ampla proximidade com as experiências e as relações cotidianas vivenciadas pelos participantes da pesquisa (MINAYO, 1993)

Este estudo foi definido como projeto guarda-chuva do Programa de Educação pelo Trabalho pela Saúde, Vigilância em Saúde, vinculado ao subprojeto “Desenvolvimento de estratégias de vigilância, controle e redução da transmissão do HIV/AIDS em mulheres de

Santo Antonio de Jesus- Bahia”. Dessa forma, tanto o campo de pesquisa, quanto o instrumento de coleta de dados deste estudo, constituíram elementos pertencentes do projeto maior supracitado.

3.2 Campo de Pesquisa

O Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) / Serviço de Atenção Especializada (SAE) foi implantado na cidade de Santo Antonio de Jesus em 2007 e além de atender essa população, oferece serviços para mais 25 cidades do recôncavo, sendo assim importante frisar que o número de casos de HIV diagnosticados não corresponde exclusivamente à cidade sede.

O serviço oferece além das testagens para sorologias HIV I e II, Hepatite B e C, HTLV, Sífilis, este fornece aconselhamento pré e pós testes, acompanhamento e tratamento medicamentoso desses pacientes, além de oferecer insumos de prevenção, como a distribuição de preservativos, lubrificantes e a distribuição regulada de 8 latas de leite por mês para crianças até 18 meses de vida, no caso de mães soropositivas. Tudo isso na tentativa de oferecer o suporte necessário para diminuir a vulnerabilidade programática, individual e social desses usuários e reduzir as cadeias de transmissão dessas doenças.

Para prestar os serviços oferecidos, o CTA/SAE dispõe de uma equipe multiprofissional, que durante a coleta dos discursos deste estudo era composta por duas enfermeiras, um médico gastroenterologista especialista em hepatites virais, dois médicos infectologistas, sendo um destes também especializado em ginecologia, e acompanhava as grávidas soropositivas do serviço, uma médica pediatra, uma assistente social, uma farmacêutica, uma psicóloga, além três técnicos de laboratório que realizavam as coletas de sangue e testagens rápidas para sorologias do HIV I e II, Hepatite B, Hepatite C e Sífilis.

Os atendimentos nesse serviço eram iniciados às 8 da manhã até 12 horas e retornavam no período das 14 às 17 horas, durante os cinco dias úteis da semana. Assim, os indivíduos que desejavam atendimento no serviço, mas ainda não eram pacientes deste, necessitavam apenas ligar ou comparecerem no serviço a fim de realizar marcação para preenchimento do formulário de atendimento do Sistema de Informação do Centro de Testagem e Aconselhamento (SI-CTA) e neste mesmo dia marcado realizava-se a testagem para as sorologias desejadas. Caso o resultado fosse reagente, este passava a ser paciente do serviço, e era agendada sua primeira consulta com especialista do SAE adequado para o caso,

a partir desse momento, eram realizados os encaminhamentos devidos, podendo ser instituído tratamento, acompanhamento, além da solicitação da presença de parceiros ou comunicantes para realização de testagem quando necessário.

Os atendimentos diários variavam em quantidade e em perfil de gênero, uma vez que a agenda do serviço era dividida por especialidade/dia, o que modifica o perfil a cada tipo de atendimento diário, sendo assim, durante o período de coleta dos dados, esta era dividida da seguinte forma: segunda-feira pela manhã: dia de realização de exames de quantificação da carga viral para pacientes soropositivos; segunda-feira a tarde: atendimento com médico especialista em Hepatites virais; terça-feira a tarde: atendimento com os dois médicos infectologistas, quarta-feira durante o período diurno: atendimento com médico infectologista; quinta-feira pela manhã: atendimento com médico infectologista/ginecologista, além do atendimento oferecido pela pediatra as crianças soropositivas ou em acompanhamento pelo motivo de suas mães estarem infectadas pelo HIV.

Tal agenda e vivência no campo de estudo durante o período de coleta de dados, permite afirmar que o serviço mostrou conseguir, em sua maioria, atender as demandas da população por dispor de equipe preparada para a aproximação e cuidados com os sujeitos envolvidos.

3.3 Coleta e análise dos dados

A coleta dos dados para essa pesquisa constituiu-se através de entrevistas semiestruturadas realizadas no CTA/SAE durante o período de Setembro a Novembro de 2014. Os dias de coleta de dados também foram direcionados aos dias em que seriam encontradas mulheres soropositivas em tratamento no serviço, que coincidiram nos dias de atendimento médico com os infectologistas, respectivamente as terças, quartas e quintas-feiras na agenda do serviço.

Durante as quintas-feiras também eram realizados atendimentos pela pediatra com crianças acompanhadas no serviço, dessa forma era grande o quantitativo de mães soropositivas no serviço. Nesse sentido durante o período de coleta também foram realizadas entrevistas com duas mães soropositivas, porém percebeu-se que durante as entrevistas, as mesmas não conseguiam falar de forma tranquila, pois as crianças não possuíam outro local

com supervisão de adulto responsável para permanecerem enquanto aguardavam a finalização da entrevista, o que acarretou dificuldades na compreensão das perguntas feitas pelo entrevistador, das respostas apresentadas pelas mesmas, sendo assim estas não foram contabilizadas no quantitativo de entrevistas realizadas e dessa forma, foram descartadas desse estudo.

No que tange a escolha das mulheres entrevistadas, não houve direcionamento dos profissionais do serviço para indicar quais mulheres deveriam ser convidadas para realizar a entrevista, sendo a abordagem realizada de forma aleatória e individual durante o momento de espera dessas mulheres para o atendimento médico, sempre realizando em cada convite de participação das mesmas na pesquisa, a apresentação da pesquisadora e da pesquisa, explicando a forma de coleta dos discursos que seria realizada através de entrevista semiestruturada e gravação da mesma, ratificou-se sempre a garantia do sigilo quanto a identificação dessas mulheres participantes.

Ao realizar o convite para participação da pesquisa, foi percebido que as reações foram diversas, estas apresentaram sentimento de medo de serem identificadas, vergonha em falar sobre o assunto, demonstraram sentimento de alegria em contribuir na pesquisa e a satisfação em abordar fatores que possam contribuir no enfrentamento do HIV/AIDS, estas diferentes respostas frente ao convite relacionaram-se muitas vezes com a forma que a infecção é vivenciada pelas mesmas, a aceitação dessa definição de ser soropositiva e questões inerentes da personalidade de cada uma.

Sendo assim, foram realizadas 12 entrevistas com mulheres soropositivas ao HIV, estas usuárias do CTA/SAE, onde realizavam acompanhamento. Estas apenas foram iniciadas após autorizada a coleta desses dados, através da assinatura, por parte das entrevistadas, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e as mesmas tiveram duração de aproximadamente 30 minutos, realizadas em sua maioria sem interrupções, porém quando tal fato ocorria não foi percebido desmotivação na continuidade da entrevista, não havendo assim prejuízos na coleta dos dados. As mesmas quando interrompidas foram retomadas no mesmo turno, tal interrupção foi em apenas dois casos e decorrente da necessidade em comparecer a consulta de acompanhamento no serviço, assim, após o atendimento médico eram retomadas as entrevistas.

No que se refere as mulheres que participaram desse estudo, não houve uma padronização de comportamento emocional durante as entrevistas, estas apresentaram diversos sentimentos, algumas se sentiam mais à vontade para expor seus discursos, outras por outro lado demonstravam insegurança em ampliar o mesmo, englobando momentos de choros, raiva, saudade e medo, o que demonstrou que estas mulheres possuem personalidades e reações distintas as mesmas perguntas realizadas na pesquisa, porém observou-se que de maneira geral se mostravam mais chorosas quando eram abordadas questões de violência cometidas pelo companheiro, e a percepção de quebra de confiança na relação conjugal que culminou na infecção ao HIV.

A referenciação dessas mulheres em suas falas se deu através de um codinome a fim de identificá-las de forma sigilosa, para isso foram escolhidos nomes de flores para as representarem, sendo tal escolha definida no intuito de homenagear as mulheres que aceitaram participar desse estudo, já que as flores geralmente estão relacionadas a beleza, perfume e delicadeza, características muitas vezes atribuídas as mulheres.

Essa amostra foi determinada pela saturação dos dados, a qual foi percebida através da repetição de determinados achados nas entrevistas realizadas, o que segundo Thiry-Cherques (2009) define o ponto de saturação como aquele em que o número de respostas não pode ser acrescido mediante o acréscimo no número de entrevistas, o que faz validar a saturação, tendo em vistas que são realizadas diferentes entrevistas, com mulheres distintas e que não se conhecem, porém é desenvolvido um padrão similar de respostas. Esse padrão é continuado mesmo com a realização de novas coletas de dados.

Quanto a análise das falas, foi empregada a análise segundo a perspectiva de Bardin (1977, p. 42) que conceitua a análise de conteúdo como:

Um 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 permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

A análise desses discursos segue também as três etapas organizacionais descritas por Bardin (2009, p.121), divididas em “1. A pré análise; 2. A exploração do material; e, por fim, 3. O tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação”. Tal organização possibilita uma melhor sistematização e análise do conteúdo apresentado.

Com o intuito da realização da análise do conteúdo coletado através das entrevistas, foi que as falas foram gravadas de forma eletrônica, e transcritas na íntegra, em que definiram-se os pontos de destaque para análise, denominadas de categorias. Essas foram divididas em: “4.1- Estratégias de prevenção individual”, em que apresenta as questões inerentes a vulnerabilidade individual referente ao processo infeccioso ao HIV dessas mulheres soropositivas entrevistadas no estudo, “4.2- Aspectos sociais relacionados a vulnerabilidade” que se refere aos fatores relacionados a vulnerabilidade social ao HIV apresentado pelas entrevistadas nesse processo, e a categoria “4.3-Situações relacionadas a vulnerabilidade programática”, no qual aborda a vulnerabilidade programática ao HIV existente nesse processo supracitado.

Dessa forma, a partir dessa organização em categorias, os discursos coletados puderam ser analisados de forma mais estruturada, favorecendo o entendimento do leitor e a melhor disposição dos fatores apresentados, uma vez que melhor expõe esses resultados e estimula a interação teórica durante a discussão.

3.4 Aspectos Éticos

Para realização de qualquer estudo envolvendo participação e coleta de dados de indivíduos, é preciso que se esteja dentro dos parâmetros e princípios que a Legislação Brasileira rege, sendo assim importante o uso de aspectos bioéticos durante a pesquisa. Segundo Brasil (2012), deve-se seguir os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, beneficência, não maleficência, e justiça, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

A Resolução nº 466 de 12 de dezembro 2012, é uma legislação específica que também deve nortear a pesquisa, e aborda os princípios da pesquisa preestabelecidas, e os princípios que devem atender às exigências éticas e científicas fundamentais. Dessa forma, sendo esse estudo projeto guarda-chuva de projeto “Estratégias de enfrentamento da feminização do HIV/AIDS em Santo Antônio de Jesus, Bahia”, a coleta dos dados foi iniciada após aprovação em Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), cujo parecer de aprovação número 191.710 foi relatado em 18 de fevereiro de 2013, permitindo assim o início da pesquisa no que se refere a autorização para coleta de dados com seres humanos.

Tal apreciação ética foi acompanhada através da Plataforma Brasil, que segundo o Ministério da Saúde, caracteriza a plataforma como base nacional e unificada de registros de pesquisas que envolvam seres humanos, abrangendo tanto o sistema CEP quanto o CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa). Além disso, a mesma possibilita que as pesquisas sejam submetidas, acompanhadas, finalizadas por meio do envio do relatório final das pesquisas, dentre outras funções que favoreçam o conhecimento dos trâmites para realização das pesquisas.

Inferese então a existência da garantia de exclusividade, no que se refere ao uso dos dados coletados para fins de pesquisa, sendo assegurado o sigilo das informações e preservada a identidade dos indivíduos presentes no estudo, em que a identificação e organização do instrumento utilizado para coleta será feita através de codinomes já referidos anteriormente, dispensando a exposição da identidade dos usuários.

3.5 Limitações do estudo

Os entraves apresentados nesse estudo, envolveram aspectos relacionados a forma de exposição do conhecimento ao HIV, uma vez que as mulheres entrevistadas apresentaram em geral grau de escolaridade mais baixo, que de certa forma relaciona-se a diminuição da qualidade do conhecimento adquirido e passado, o que pôde ser evidenciado quando sete das doze entrevistadas não retratavam de forma organizada as ideias quando questionadas acerca de informações sobre o HIV, suas formas de ação e sobre os mecanismos inerentes ao tratamento no organismo, dificultando assim a análise da real compreensão dessas mulheres, uma vez que foi percebida a vergonha, e o receio de expor esse discurso de forma errônea.

Outro fator de limitação do estudo foi devido a recusa de algumas mulheres em participar da pesquisa por medo de perderem a consulta com o médico e também por não serem de Santo Antonio de Jesus, cidade-sede do campo de estudo, tendo assim que retornar para suas cidades logo após a consulta médica, não dispondo de tempo hábil para responder a entrevista, o que dificultou a captação de mulheres já que o CTA/SAE atende usuários residentes em diversos municípios circunvizinhos, e esta apresentou-se uma situação frequente durante o período de coleta.

Por outro lado, não houve resistência no que se refere a realização da pesquisa por parte dos profissionais, estes se mostravam colaboradores nesse processo, sempre que possível disponibilizavam um espaço reservado para realização das entrevistas.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Através da análise de conteúdo foi possível organizar os discursos coletados, assim os resultados obtidos por esta análise virão a seguir.

4.1 Caracterização dos sujeitos

Os sujeitos dessa pesquisa foram 12 mulheres soropositivas ao HIV acompanhadas no serviço CTA/SAE, em que cinco das mesmas apresentavam faixa etária de 20 a 30 anos, o que ratifica a juvenilização do perfil das pessoas acometidas pelo vírus, seguidos de três das mulheres entrevistadas na faixa etária de 41 a 50 anos, tais dados permitem inferir que esta mudança de perfil pode acarretar o aumento do número de casos deste vírus no Brasil quando aumenta a possibilidade de transmissão vertical do mesmo, caso essas mulheres soropositivas em idade fértil engravidem. O que exige maior atenção e direcionamento de ações relacionadas as medidas preventivas e ao aumento da cobertura de exames pré-natal em todas as mulheres, a fim de prevenir essa transmissão vertical e favorecer a identificação de casos de infecção pelo HIV.

Já a faixa de 31 a 40 anos e 51 a 60 anos, apresentou respectivamente uma mulher em cada faixa etária. Em relação ao intervalo de 61 a 70 anos, esta corresponde a duas das entrevistadas, e tem-se observado um aumento nessa faixa etária em todo o Brasil, podendo estar relacionada ao aumento da expectativa de vida, e conseqüentemente maior período sexualmente ativas. Dessa forma, é necessário frizar a importância de medidas sexuais preventivas em qualquer faixa etária, assim como estratégias para conscientização desse população devem ser melhores direcionadas de acordo com os entraves apresentados.

Sendo assim, no que se refere aos dados do Brasil, disponibilizados pelo Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS de 2014, entre as mulheres, apresenta tendência significativa de aumento entre aquelas com 15 a 19 anos, 55 a 59 anos e 60 anos ou mais, sendo o aumento de 10,5%, 24,8% e 40,4% de 2004 para 2013, respectivamente. O que pode de certa forma ser verificado também nesse estudo, existindo assim uma prevalência mais elevada nessas faixas etárias. No que se refere às faixas etárias de 20 a 24 anos até 40 a 44 anos, observa-se, de 2004 a 2013, uma tendência significativa de queda.

No que se refere ao estado civil das 12 entrevistadas, duas eram divorciadas, cinco se encontravam solteiras, além de quatro mulheres que se encontravam casadas ou em união estável e uma viúva, neste contexto geral, três não possuíam parceiro afetivo/sexual no momento da pesquisa. Pelo relato dessas mulheres, estas possuem unanimidade quanto a forma de transmissão, que se deu de forma heterossexual, através do parceiro afetivo. Caracterizando o atual perfil epidemiológico do HIV, que engloba a heterossexualização e a feminização dessa infecção.

No quesito raça/cor, estas em sua maioria se consideravam pretas e pardas, correspondendo a seis e três das mulheres do estudo respectivamente, seguidos de duas mulheres que se consideravam amarelas e uma que se considerava branca. Tal resultado pode ser influenciado pelo estudo ter sido realizado na Bahia, onde há uma concentração maior de negros, porém segundo Silva, Lima e Hamann (2010, p.109) “as tendências de interiorização, pauperização e feminização demonstram que a população negra se encontra em desvantagem social no que se refere à construção de respostas de enfrentamento”, o que também pode ter contribuído nesse processo ampliador da vulnerabilidade social ao HIV vivenciado por essas mulheres.

4.2 Categorias de análise

4.2.1 Aspectos sociais relacionados a vulnerabilidade

A vulnerabilidade social relacionada ao HIV abrange aspectos que vão além das condições socioeconômicas de cada mulher, condições estas que influenciam no aumento ou diminuição das chances de aquisição do vírus, mas também relaciona-se a questões de gênero que envolvem a submissão feminina, dificuldade em negociar o sexo seguro e situações de violência vivenciadas.

Neste sentido, os aspectos socioeconômicos considerados nesse estudo como caracterizadores da vulnerabilidade social da população estudada são: escolaridade, ocupação, renda. Dessa forma, percebe-se que uma mulher entrevistada possuía ensino superior completo, o que está diretamente relacionada a melhor qualidade na apreensão de informações acerca do HIV e na mais adequada exposição de dados durante a entrevista, sendo a que mais abordou questões específicas sobre a doença, tratamento, forma de transmissão, demonstrando maior entendimento.

Tal escolaridade mais elevada não retira a vulnerabilidade inerente ao ser, mas reduz no que tange ao maior acesso a informação e aos serviços de saúde, existindo assim outras vulnerabilidades ao HIV influenciadoras nesse processo de infecção, o que permite afirmar que apesar do alto grau de escolaridade reduzir a vulnerabilidade social, o mesmo não imuniza o indivíduo, isto porque existem outros fatores que contribuem nesse processo.

No que se refere a escolaridade das demais entrevistadas nesse estudo, percebeu-se que quatro mulheres apresentavam ensino médio completo, comparado a duas que possuíam incompleto, porém cinco mulheres, que corresponde a 41,6% das mulheres entrevistadas, apresentavam ensino fundamental incompleto, o que permite inferir que grande parte das mulheres presentes nesse estudo apresentaram baixo grau de escolaridade. Este fator relacionado a baixa escolaridade interfere na aquisição de melhores empregos e reflete no poder aquisitivo, sendo condições que favorecem o aumento da vulnerabilidade social ao HIV, e assim favorecem a pauperização. Tal fato pode ser ratificado através de Santos et al (2002) que afirma que com o decorrer dos anos os casos de AIDS em pessoas com menor escolaridade e ocupações menos qualificadas vêm aumentando, o que relaciona-se ao aumento da pauperização dessa epidemia, uma vez que a escolaridade e a ocupação são utilizados como marcadores das condições socioeconômicas dos indivíduos com AIDS.

Dessa forma Almeida (2010, p.81) aborda a existência de “alguns parâmetros para se obter maior qualidade de prevenção e assistência tais como o acesso à educação e aos métodos preventivos, estão diretamente relacionados com a situação econômica da população”. O que permite afirmar que a diminuição da educação, e poder econômico diminuem o acesso a informações preventivas, o que favorece a maior exposição deste indivíduo ao HIV.

No que se refere aos principais tipos de ocupações desenvolvidas por essas mulheres, observa-se que a maioria se encontra na modalidade autônoma sem estabelecimento próprio, com a média de um salário-mínimo de renda por mês, condizendo com as questões abordadas anteriormente acerca da relação escolaridade e poder aquisitivo. Como pode ser evidenciado a seguir, no Quadro 1, que apresenta o perfil Socioeconômico das mulheres do estudo:

Quadro 1: Perfil socioeconômico das mulheres entrevistadas no CTA/SAE de Santo Antonio de Jesus-Bahia, 2014.

SUJEITOS	IDADE	COR	ESCOLARIDADE	OCUPAÇÃO	RENDA
Lírio	45	Parda	Superior completo	Professora	3 a 6 salários mínimos
Rosa	43	Parda	Médio completo	Cozinheira	< 1 salário mínimo
Violeta	30	Negra	Fundamental incompleto	Desempregada	Depende da renda familiar. < 1 salário mínimo
Orquídia	69	Branca	Fundamental incompleto	Aposentada	1 salário mínimo
Bromélia	55	Negra	Fundamental incompleto	Serviços Gerais	1 salário mínimo
Margarida	41	Negra	Fundamental incompleto	Auxílio doença	1 salário mínimo
Begônia	24	Negra	Médio completo	Cabelereira	< 1 salário mínimo
Acácia	26	Amarela	Fundamental incompleto	Desempregada	Não possui renda
Girassol	37	Parda	Médio completo	Autônoma	1 a 3 salários mínimos
Papoula	21	Negra	Médio incompleto	Cabelereira	< 1 salário mínimo
Cravo	28	Negra	Médio completo	Desempregada Auxílio doença	1 salário mínimo
Azaléia	66	Amarela	Fundamental incompleto	Aposentada	1 salário mínimo

Fonte: a autora da pesquisa.

As mulheres tendem a nutrir maior dependência em seus parceiros quanto menor for sua condição socioeconômica, assim essa dependência abrange a questão emocional e financeira que favorece o fortalecimento das desigualdades de gênero.

Dessa forma, Oliveira e Almeida (2013, p. 1038) afirmam que:

As desigualdades de gênero, impostas culturalmente, fazem ressurgir um novo contexto de vulnerabilidade, ao passo que tornam as negociações nas práticas sexuais inviáveis, já que o homem detém as decisões no relacionamento. A busca pela “igualdade de gênero” pode representar uma possibilidade de tomada de decisões pelas mulheres, tornando-as ativas e participantes na escolha das práticas sexuais que querem seguir, na utilização de insumos de prevenção, na autonomia sobre seu corpo e sua sexualidade.

Assim, outros aspectos também influenciam na vulnerabilidade social, nesse caso destacam-se as questões de gênero que promovem a gênese de diversas implicações, tais como a violência sexual, sexo cedido e dificuldades na negociação do sexo seguro.

Situações de sexo cedido e violência podem ser identificadas na maioria dos discursos das mulheres desse estudo, evidenciadas por meio dos trechos de falas abaixo:

Já fiz sexo muitas vezes sem vontade, o falecido era muito duro, que quando ele queria, ele dizia deita ali ô.. eu ia tão enraivada que chega colocava um pano no rosto. [...] Agredida? Quase perdi um olho com um soco. [...] Eu sofria muito com a cachaça dele, ele desfazia muito de mim. (**Azáleia**)

Já fiz pra agradar.. vou fazer porque ele é meu marido, tá perto de mim, é coisa de casal. Casamento se não tiver isso não vinga. [...] Em algumas brigas ele já alterou pra meu lado, só no momento de raiva dele, me deu um empurrão, me deu um tapa. (**Girassol**)

Já, pra satisfazer eles, porque era mulher, ai chega umas certas horas a pessoa não tá com saco, mas só pra satisfazer a gente faz isso. [...] Com meu ex marido, a gente tava brigado e ele veio pra me matar com o revólver. (**Bromélia**)

Ás vezes ele me pegava na marra pra fazer, ficava nervosa, mas mulher não tem força pra homem. [...] quando ele bebia era muito ciumento, agressivo sabe, já pegou até a peixeira pra me matar, mas fora da bebida era uma pessoa maravilhosa, me adulava, pedia perdão, mas quando bebia ficava doido. (**Orquídia**)

Percebe-se que há uma naturalização do sexo cedido e da violência física, sexual, emocional sofrida por essas mulheres, tal fato favorece o aumento da vulnerabilidade ao HIV, uma vez que retira as condições de luta e mudança de realidade por essas mulheres. Pode-se inferir então que estes fatores favoreceram a infecção dessas mulheres ao HIV, por terem sido refletidos nas formas de prevenção não adotadas por elas.

Segundo Barros et al(2013), afirma que o sexo quando não consentido, pode ser comparado ao estupro, levam as mulheres a terem nojo na relação, perderem o desejo sexual,

correrem o risco de gravidez indesejada e principalmente a aquisição de infecções sexualmente transmissíveis como o HIV. Além do fato que a recusa do sexo pode desencadear e colaborar para o aumento dos atos violentos masculinos. Sendo assim mais um fator que aumenta a vulnerabilidade ao HIV entre outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), possíveis de acometer essa mulher que não possui condições de negociar o sexo seguro.

Nesse sentido que busca-se identificar o poder de negociação do sexo seguro antes e após a infecção pelo HIV nessas mulheres, o que vai favorecer o entendimento dos processos que facilitaram a infecção e que vão influenciar nas chances de reinfecção. Observa-se então os trechos de entrevistas abaixo acerca da conduta das mesmas quando o parceiro não deseja fazer uso da camisinha:

Com meu antigo marido mesmo eu não usava, já cedi várias vezes. Mas com esse outro parceiro, eu não fazia não, ele reclamava e eu falava se você não usar eu não te quero, eu já desconfiava que tinha HIV. [ele era soronegativo].
(Bromélia)

Antes eu não usava camisinha.[...] Com esse novo parceiro já teve momento que eu cheguei a falar, então não vou fazer. [...] Ele nunca toma a iniciativa de uso, ele não sabe que sou portadora do vírus, mas tomo muito cuidado com ele. **(Lírio)**

Quando um não quer dois não briga. Se ele não quer usar camisinha eu também não quero namorar. [parceiro atual soropositivo] [...] Só que antes quando namorava com o pai do meu filho, ele foi convincente na parte de não usar camisinha, disse que não tinha nada ... não sabia que ele tinha.
(Papoula)

Percebe-se então que há uma mudança de postura frente a negociação desse sexo seguro, mas na sua maioria vinculadas a não infecção do parceiro soronegativo do que a própria reinfecção no caso de casais soropositivos, algumas mulheres relataram aceitar o sexo sem camisinha antes da infecção porém não tiveram mais parceiros e por isso não foi possível avaliar de forma equânime, excluindo-as dessa identificação acerca do sexo seguro após infecção.

Tais mudanças por mais que estejam mais relacionadas a quebra da cadeia de transmissão, também favorecem a redução da reinfecção por parte de casais soropositivos, sendo um reflexo positivo adquirido após a infecção.

4.2.2 Estratégias de prevenção individual

A vulnerabilidade individual engloba fatores que se relacionam com a postura pessoal de cada um frente a uma exposição de risco ao HIV, porém quando adota-se atitudes preventivas, diminui-se a vulnerabilidade individual e assim quando não são realizadas ações preventivas, amplia-se a mesma.

Como forma de utilização de medidas preventivas, destaca-se o uso do preservativo masculino ou feminino nas relações sexuais. Nesse sentido, esse estudo observou que três mulheres, o que corresponde a 25% das mulheres entrevistadas utilizaram o preservativo na primeira relação sexual, estas ainda não possuíam o vírus nesse período, já que todas adquiriram através de relações heterossexuais. O motivo principal da utilização do preservativo na primeira relação dessas mulheres foi a prevenção da gravidez, não havendo preocupações quanto a contaminação com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).

Além disso, foi identificado no discurso das nove mulheres que não utilizaram o preservativo na primeira relação, que o motivo principal da falta de uso do insumo de prevenção foi a falta de informação e a ausência de autopercepção de vulnerabilidade. Que podem ser verificadas nos trechos de falas abaixo:

Não usei, porque pense numa pessoa inexperiente! Ele disse que na verdade ia doer mais se usasse camisinha.. **(Papoula)**

Não usei, mas também não engravidei logo, não usei porque naquela época era tudo escondido de pai e de mãe, ninguém explicava nada a gente, não passava nada disso em televisão. **(Bromélia)**

Ah.. não usei, sei lá, adolescência né, não tinha noção, não sabia da existência do vírus, mas da camisinha sabia. **(Violeta)**

Acho que não usei por cabeça vazia mesmo [...] a AIDS já existia, a propagação tava ai a toda, eu lembro que muitas pessoas, já tava passando na televisão, o óbito de várias pessoas e eu dizia nossa.. que doença devastadora meu Deus, mas mesmo pensando em tudo isso, não usei não. **(Lírio)**

Porém é sabido que possuir o conhecimento acerca da forma correta de prevenção propicia uma atitude preventiva frente a infecção, porém não garante a utilização do insumo por parte das mesmas, assim tal conhecimento apenas as tornam conscientes dos riscos no qual correm caso decidam se relacionar sem o preservativo.

Essa conscientização dos riscos foi percebida nas falas das mulheres entrevistadas e referida pelas mesmas quando estas já haviam se tornado soropositivas em tratamento no serviço especializado e nesse contexto as mesmas apresentaram mudanças, no que se refere ao conhecimento do uso do preservativo, uma vez que todas as mulheres entrevistadas informaram que este insumo é a melhor opção para prevenção de IST, em destaque para o HIV, e deve ser utilizado sempre, além disso, estas mostraram-se muitas vezes arrependidas por não terem utilizado em outros momentos de suas vidas, e por isso adquiriram o vírus. Esses fatos são ratificados através das falas das mesmas quando questionadas da importância do preservativo:

É sempre importante usar a camisinha, hoje eu tenho certeza disso [...] sempre tem que usar, porque por mais que você tenha confiança no seu parceiro, nunca é 100%, eu mesmo aí ô.. se alguém me dissesse será que você tem o vírus do HIV, eu ia dizer, de jeito nenhum, se alguém me perguntasse antes do diagnóstico. **(Lírio)**

Todo momento é bom usar né, muitas vezes o homem fala pra que usar camisinha, se só tenho você e você a mim, aí já é um motivo de você confiar nele, e o certo não é isso, é usar pelo amor de Deus, que as doença tá aí né. **(Bromélia)**

Nunca pode deixar de usar, porque as mulheres casadas, com seus parceiros dentro de casa, podem arranjar mulher fora e trazer doença pra dentro de casa. **(Violeta)**

Nas falas é identificado que a confiança no parceiro foi um fator que favoreceu estas mulheres a não se auto perceberem como vulneráveis ao HIV, porém após infectadas, estas desenvolveram uma consciência crítica acerca das ações realizadas que possivelmente acarretaram a infecção ao HIV e atualmente possuem certeza da melhor forma existente de prevenção ao HIV e outras IST frente a relação sexual, que é o uso do preservativo. Percebe-se também nesses discursos que foi através dos seus parceiros e da quebra de confiança nos mesmos que essas mulheres provavelmente adquiriram a infecção, desmistificando o que elas acreditavam só acometer o outro.

Frente a esse fato que a autopercepção da vulnerabilidade ao HIV é contextualizada por Figueiredo et al. (2013, p. 808) quando afirma que “o casamento é destacado como um fator de proteção à doença, representando amor, romantismo, respeito, confiança e cumplicidade. Há uma ilusão de que, ao assumir tais valores na vida cotidiana, as mulheres estariam

protegidas do risco de se contaminarem”, assim as mulheres com união estável, muitas vezes não se consideram em situação de risco diante do HIV pelo motivo de serem casadas.

Tal situação leva em grande parte dos casos, a um diagnóstico tardio dessas mulheres, já que segundo Bastos et al. (2013), estas não se percebem como vulneráveis ao HIV, e nesse mesmo contexto grande parte dos respectivos esposos exercem práticas extraconjugais que tornam a mulher casada mais vulnerável ao HIV e a outras IST. Dessa forma, quando estas obtêm um diagnóstico já apresentam em sua maioria sintomas da AIDS.

Após diagnosticadas, as mulheres soropositivas ao HIV e/ou portadoras da AIDS devem assumir posturas preventivas a fim de evitar a reinfecção e também a transmissão para outras pessoas, buscou-se então identificar as práticas de prevenção quanto ao uso do preservativo após a infecção e após a mudança de discurso acerca da importância da prevenção. Assim, as mulheres entrevistadas foram questionadas sobre o uso do preservativo com parceiros, sabendo que as que não possuíam parceiros no momento entrevistado, tiveram a pergunta referida a parceiros anteriores, porém três dessas mulheres entrevistadas não adquiriram nenhum parceiro após a infecção e não houve como avaliar a prevenção a reinfecção na relação sexual dessas mulheres, uma vez que estas abandonaram a vida sexual após a infecção, revelando como principal motivo para tal, a desilusão amorosa sofrida e o medo de contaminar algum parceiro.

Entre as demais entrevistadas, duas mulheres referem ter parceiro sexual também soropositivo e por esse motivo não acharam necessário o uso do preservativo, evidencia-se nas falas abaixo:

O motivo é que ele não faz filho e devido eu ter o mesmo problema que ele. Só no início que a gente tentou com a feminina, mas eu não consigo colocar e a masculina ele não gosta. **(Girassol)**

Tem tempo que usei, não gosto daquilo não, o médico manda a gente usar que ele tem e eu tenho também, que o sangue não é igual não né, eu não uso não, não ligo. **(Margarida)**

Ainda existem posicionamentos de aumento de vulnerabilidade individual no que se refere a reinfecção ao HIV, uma vez que algumas mulheres ainda não entendem ou não mensuram o real risco de realizar relações sexuais sem preservativo mesmo com um parceiro também soropositivo, acarretando a prejuízos ao tratamento e aumentando as chances de ampliação da cadeia de transmissão.

Porém oito entrevistadas, que correspondem a aproximadamente 67% das mulheres desse estudo, referem ter parceiro sexual e utilizarem o preservativo, em sua maioria são elas que propõem o uso aos parceiros, porém não há como garantir que as mesmas utilizam esse insumo em todas as relações sexuais, não sendo possível mensurar através das falas a real assiduidade da utilização. O motivo do uso do preservativo por essas mulheres, pode ser evidenciado nos trechos das falas:

Antes eu não utilizava, mas agora uso, tem que usar né.. Pra não engravidar de novo, também por causa do vírus pra não aumentar. **(Violeta)**

Tenho muito cuidado com ele [não tem conhecimento sobre sorologia dele], tenho muito cuidado comigo também, porque eu não sei o que vem de lá... sexo só com preservativo. **(Lírio)**

Uso para evitar que ele pegue também né.. e sem contar que gravidez agora eu não quero não, tô traumatizada, só tem um ano que tive um aborto. **(Papoula)**

Percebe-se então que há uma mudança na fala dessas mulheres quanto a postura das mesmas frente a prevenção da gravidez, da reinfecção ao HIV, da transmissão, mostrando-se mais conscientes da importância do uso desse insumo, tal fator permite inferir que a autopercepção de vulnerabilidade a reinfecção do HIV e a possibilidade de transmissão do vírus para outros parceiros favorece o uso do preservativo, apesar de não garantir o uso pelas mesmas.

Outro fator importante nesse processo é o entendimento por parte dessas mulheres de que a realização da sorologia para HIV é um passo importante para quebra da cadeia de transmissão e para minimizar a progressão do vírus por meio desse diagnóstico precoce. Quando as mulheres não se auto percebem vulneráveis esta procura ou interesse em realizar o teste fica deixado de lado, sendo apenas importante ao outro. Assim, as mulheres do estudo relataram esse sentimento através dos trechos de falas:

Ah.. tenho tanto arrependimento porque o que eu passei [desenvolveu várias doenças oportunistas] pelo motivo da ignorância não ter deixado eu fazer o teste. **(Bromélia)**

É bom pra gente se cuidar, saber antes.. A gente nunca imagina que aquilo pode chegar pra gente. **(Azaléia)**

Eu achava que não era necessário fazer o teste e foi assim um descuido fatal, não usei camisinha, porque também não achava necessário. [...] quem faz o

teste e consegue ter um diagnóstico mais precoce é melhor, porque sua carga viral não fica tão alta e você consegue manter um CD4 mais adequado. **(Lírio)**

É importante fazer porque as vezes a gente tá evitando de transmitir pra outras pessoas né. **(Rosa)**

Quanto mais cedo a pessoa souber melhor né.. Porque não chega a ficar doente devido aos medicamento que hoje tem na medicina, quanto mais cedo melhor. **(Girassol)**

Nesse sentido é que pode-se afirmar que a não realização dos testes está relacionada a transferência para o outro das chances de infecção, ratificado por Silva e Vargens (2009), quando afirmam que o outro é que se contamina por ter atitudes promíscuas, estando relacionada a infecção à questões morais, em que o casamento parece garantir imunidade a doença.

Desse forma, pode-se afirmar que a ausência da autopercepção amplia a vulnerabilidade individual das mulheres frente ao HIV, uma vez que estas por encararem as chances de infecção apenas no outro, se expõem cada vez mais a situações de risco sem adotar medidas de proteção, já que não acreditam na sua possibilidade de contágio ao vírus, atrelando-se a fatores agravantes como a confiabilidade do parceiro, relações estáveis e a dificuldade em negociar o sexo seguro, predispondo-as mais precocemente a AIDS após o contágio, devido ao tempo de infecção, a falta de tratamento e constantes reinfecções, sem ao menos estarem cientes da condição sorológica, o que amplia ainda mais esta vulnerabilidade.

Assim, Almeida (2010) afirma em seu estudo, que as mulheres não percebem a susceptibilidade ao HIV e a necessidade de realizarem o autocuidado, devido a autopercepção de invulnerabilidade, o que dificulta a adoção de medidas preventivas e acarreta a infecção das mesmas.

Evidenciou-se tal situação quando a maioria das mulheres entrevistadas relatou se surpreender no momento do resultado, pois nem ao menos foi cogitada tal possibilidade antes do diagnóstico, apesar de todas relatarem ter realizado alguma vez na vida relação sexual desprotegida, o que ratifica a importância da autopercepção para o processo preventivo, e permite inferir a necessidade de direcionamento de ações estratégicas de enfrentamento nesse contexto por parte dos profissionais da saúde, na tentativa de melhor atingir, conscientizar e propor mudanças comportamentais frente a situações de exposição.

Outro aspecto importante é o direcionamento de ações voltadas a prevenção pós diagnóstico, uma vez que quando adquire-se o vírus, outros tipos de medidas preventivas devem ser orientadas, a fim de que as mulheres soropositivas reconheçam onde erraram, e o que precisam fazer para ter uma melhor resposta ao tratamento e evitar o contágio de outras pessoas, no intuito de prevenir a reinfecção e a continuidade da cadeia de transmissão.

4.2.3 Situações relacionadas a vulnerabilidade programática

No que se refere à vulnerabilidade programática alguns aspectos são avaliados, desde a disponibilização de insumos de prevenção, testes diagnósticos para HIV, programas estratégicos para combate ao HIV desenvolvidos, até o tratamento para pacientes soropositivos. Sendo assim, foram identificados alguns fatores relacionados a este tipo de vulnerabilidade no discurso das mulheres entrevistadas.

Percebeu-se então que todas as mulheres entrevistadas possuíam acesso a Unidade de Saúde da Família (USF) e portanto também já haviam realizado preventivo anteriormente, demonstrando que o acesso à atenção básica se fez presente em algum momento da vida dessas mulheres. Tal acesso constitui-se de fundamental importância para disseminação de informações acerca da prevenção do HIV e conseqüentemente contribui para a oferta e uso do preservativo, uma vez que segundo a Portaria 2488, de 21 de outubro de 2011, a atenção básica “deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde”, desenvolvendo assim atividades que promovam a saúde, a prevenção das doenças e agravos e a vigilância à saúde.

Dessa forma, o trabalho desenvolvido pela equipe de saúde da família influencia também de forma direta no empoderamento a prevenção ao HIV pelos usuários desse serviço, para isso, estes profissionais devem desenvolver ações que consistem em atividades de educação em saúde acerca do tema, fornecendo informações sobre a forma de transmissão e prevenção, diferenciação entre vírus e a AIDS, além de orientações e oferta de teste para HIV, disponibilização de preservativos, encaminhamentos para serviços especializados como o CTA/SAE para acompanhamento do usuário quando este é identificado com alterações em exames de sorologia para HIV, dentre outras ações realizadas nesse serviço.

Assim, no que se refere a prevenção relacionada a oferta e acesso ao preservativo, todas as mulheres afirmam conhecer o preservativo masculino, porém poucas conhecem ou já

usaram o preservativo feminino, o que permite afirmar que o masculino é mais ofertado e difundido nos serviços de saúde. Quanto a aquisição do mesmo, sete das mulheres entrevistadas adquiriram o preservativo nos serviços públicos de saúde, quando adquiridos na farmácia, em sua maioria o motivo principal era o desagrado ao tipo de preservativo ofertado pelo Ministério da Saúde. Pode-se inferir então que a população, em especial as mulheres desse estudo tem um grande acesso a estes insumos disponibilizados nos serviços, e a aquisição dos mesmos foi baseada na escolha de querer ou não adquirir os preservativos ofertados gratuitamente, não existindo em nenhum momento na fala das entrevistas a ausência destes nos serviços de saúde.

Quanto a oferta de testes sorológicos para HIV, foi percebido que cinco das mulheres entrevistadas realizaram o mesmo através da Unidade de Saúde, porém apenas um desses testes não foi realizado durante o acompanhamento no pré-natal, o que permite afirmar que a captação de mulheres durante o exame preventivo, e durante outros atendimentos se encontra deficitária, o que pode acarretar diagnósticos tardios, maiores chances dessas mulheres serem diagnosticadas apenas quando iniciados os sintomas da AIDS e provável aumento de transmissões para os parceiros.

Assim, tais consequências podem ser ratificadas quando é observado através desse estudo que também cinco das mulheres entrevistadas foram identificadas com o vírus após apresentarem sintomas acarretados pela AIDS, e essa testagem foi solicitada durante internamentos e procura aos serviços de saúde decorrentes dos sintomas. Duas mulheres entrevistadas nesse estudo que foram identificadas com o vírus através da realização de exames de rotina, tais dados apresentados anteriormente permitem afirmar que há necessidade de maior investimento por parte dos profissionais nas ações de prevenção e diagnóstico precoce do HIV, e que essas mulheres com diagnóstico tardio foram resultados de falhas desse processo, e refletem a qualidade da assistência prestada na atenção básica a essas mulheres, no que se refere a prevenção do HIV, favorecendo o aumento da reinfecção constante das mesmas, progressão da doença e a transmissão do vírus sem conhecimento de tal fato.

Após identificação da sorologia positiva para HIV, na atenção básica ou no hospital de alta complexidade, independente da complexidade do local que realizou o diagnóstico sorológico, o paciente deve ser encaminhado a um serviço de especialidades para ser acompanhado, este serviço segundo a portaria Conjunta Nº 1, de 16 de janeiro de 2013, define

Serviço de Atenção Especializada (SAE) como uma unidade ambulatorial voltada a atenção integral às pessoas com DST/HIV/AIDS e dessa forma realizam ações de assistência e tratamento às pessoas vivendo com HIV/AIDS.

Assim, todas as mulheres entrevistadas nesse estudo estão realizando acompanhamento no CTA/SAE e foram encaminhadas pelos respectivos serviços que realizaram o diagnóstico sorológico. O que permite inferir que após a identificação da infecção, foram realizadas medidas que favoreceram o início do tratamento das mesmas.

No serviço especializado orientações devem ser realizadas com intuito de evitar a reinfecção, a transmissão para os parceiros, a transmissão vertical, e para instruir acerca do tratamento, favorecendo a quebra da cadeia de transmissão. Nesse sentido as mulheres entrevistadas foram questionadas acerca das orientações recebidas após o diagnóstico, e identificou-se que grande parte dessas mulheres afirmaram receber orientações, porém poucas conseguiram verbalizar de forma completa o que foi orientado, trazendo de forma resumida ações que deveriam realizar nessa nova etapa, o que permite inferir que não há como mensurar a qualidade e quantidade de orientações prestadas, mas há como conjecturar que houve certo aprendizado acerca de como se prevenir contra a reinfecção e para não transmitir para outras pessoas, além da necessidade de realizar o tratamento.

Pode-se evidenciar tal situação descrita acima através de trechos das entrevistas com essas mulheres:

A moça daqui explicou que é uma doença transmissível, que se não tiver cuidado pode transmitir para outras pessoas né, através do sangue, do sexo. (**Rosa**)

Me explicaram que não pode alicate de unha, que tudo normal, que só pega pelo sangue, relação sexual e pinça, que tem que usar pra mim mesmo, não deixar ninguém usar, tirando isso, em copos e colheres, essas coisas, disse que não passa. (**Violeta**)

Foi tudo explicado, agora tomo todo cuidado, que tem usar camisinha, que o remédio não cura [...] que tem que tomar o remédio, tomo dois todo dia, mas não sei como funciona o tratamento, mas sei que é pra que os vírus não aumente, pra que fiquem mortais. (**Bromélia**)

Que as relações tinha que ser com camisinha, mesmo os dois tendo, tinha que ser com camisinha, que um passava pra o outro. (**Girassol**)

Além disso, todas as mulheres entrevistadas afirmaram se sentirem a vontade para tirar dúvidas acerca do diagnóstico de HIV/AIDS, o que demonstra que estas se sentem bem e inseridas no serviço, tendo espaço para essa discussão com os profissionais.

Um aspecto que se relaciona com a vulnerabilidade programática dessas mulheres após a infecção, refere-se a convocação de parceiros para também realizarem a testagem, neste aspecto observou-se que apenas foi respondido que não houve a convocação dos parceiros, quando estas não possuíam parceiro ou eram falecidos, infere-se então que a busca do tratamento dos parceiros dessas mulheres soropositivas foi realizada quando possível.

Dessa forma, é possível relacionar de forma positiva as ações realizadas após o diagnóstico, centradas na prevenção da reinfecção e da transmissão para outras pessoas, porém evidencia-se falhas mais sérias no que se refere a identificação de mulheres soropositivas, uma vez que essa oferta de teste está sendo realizada em sua maioria durante o pré-natal apenas ou quando essas já possuem a AIDS e assim apresentam sintomas que incentivam a solicitação do pedido de teste de HIV para as mesmas, imagina-se então que a informação sobre o HIV/AIDS não está sendo tão abordada nas consultas realizadas na atenção básica.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se afirmar então, que o presente estudo identificou as situações de vulnerabilidade ao HIV no discurso de mulheres soropositivas. Tal visão foi possibilitada pelo tipo de abordagem qualitativa presente no estudo, em que através de entrevistas semiestruturadas favoreceu uma melhor obtenção dos dados e proporcionou uma análise mais rica, envolvendo aspectos emocionais, individuais desse ser que muitas vezes são deixados de lado durante o contato com os diversos profissionais.

As mulheres entrevistadas em sua maioria são negras (pardas e pretas), de baixa condição financeira e com baixo grau de escolaridade, fatores estes influenciadores do aumento da vulnerabilidade ao HIV, em sua maioria também possuem parceiros sexuais, o que favorece o aumento da cadeia de transmissão reinfecção quando não são incorporadas medidas preventivas na relação sexual.

Nesse sentido, ratifica-se a importância do trabalho multidisciplinar no atendimento aos indivíduos em geral, buscando realizar um trabalho preventivo para a conscientização, englobando aspectos que favoreçam ampliar a abordagem realizada e conseqüentemente melhorar as informações transmitidas acerca da prevenção do HIV e da sua reinfecção.

Também foi percebido através das falas dessas mulheres entrevistadas, o quanto a informação é fundamental, muitas não utilizaram o preservativo na primeira relação sexual por não conhecerem a magnitude da infecção, isso reforça a necessidade de difundir esse conhecimento durante as abordagens profissionais, de forma que seja adequada a cada situação, sempre oferecendo o insumo de prevenção e os testes sorológicos na tentativa de favorecer a quebra da cadeia de transmissão.

Tal mudança na conduta desses profissionais proporciona uma captação maior de pessoas por estas serem incentivadas pelos diferentes profissionais da saúde quanto a realização de testes sorológicos para HIV, assim promovendo o diagnóstico precoce e proporcionando um maior fornecimento de informações, já que deve-se realizar orientações pré e pós testes para as pessoas que se submeterem ao exame. Dessa forma, quando o diagnóstico é realizado precocemente, diminuem-se as chances de reinfecção por essas mulheres soropositivas.

Porém o que foi percebido nesse estudo é que existem falhas que vão desde a desinformação antes da infecção, até a dificuldade do diagnóstico precoce que contribuíram para esse processo.

Tais falhas estão relacionadas com a ausência de abordagem integral que deveria existir durante a consulta dos profissionais de saúde, mas que por diversos motivos o direito ao bom atendimento é cerceado. Nesse sentido, a mudança na postura profissional precisa ser efetivada na prática que realizam, para que a abordagem integral preconizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) envolva questões biológicas, psicológicas e sociais.

O SUS disponibiliza em geral insumos de prevenção, testagem sorológicas para HIV e tratamentos gratuitos que constituem aspectos positivos ao enfrentamento da epidemia, porém precisam ser melhor aproveitados para atingir as demandas vivenciadas pelas mulheres para além das situações que estas verbalizam vivenciar, para isso este estudo recomenda a oferta de cursos gratuitos para esses profissionais, a fim de incentivar o aumento das capacitações e atualizações voltadas para os mesmos.

Este processo de adequação das abordagens dos multiprofissionais deve ser ampliado para que favoreça nas pessoas a sensação de vulnerabilidade, uma vez que somos todos vulneráveis já que somos humanos, e esta pode ser ampliada ou diminuída de acordo com os fatores que estão interligados e que se constituem influenciadores nesse processo. A autopercepção da vulnerabilidade ao HIV pode favorecer uma provável redução dessa vulnerabilidade, uma vez que possui-se um direcionamento do que deve ser realizado para não adquirir a infecção e tem-se a visão da possibilidade de também se contaminar, deixando de ser um problema apenas do outro. Fato este que não é evidenciado antes da infecção dessas mulheres, pois estas não se enxergavam como vulneráveis, após a infecção as mesmas reconhecem que essa falta de percepção, ampliou suas vulnerabilidades.

Nesse sentido é que se destaca um fato que foi verificado em grande parte dos discursos, a confiança no parceiro refletida pela invulnerabilidade do casamento, influenciada pela dificuldade da negociação do sexo seguro, o que reflete os resquícios advindos das questões de gênero e que são influenciadores negativos na diminuição dessa vulnerabilidade ao HIV e na redução de processos de reinfecção. Sendo assim um ponto que deve ser sempre abordado pelos profissionais de saúde, a fim de empoderar essas mulheres dos direitos que as mesmas possuem na sua proteção e em ter prazer com segurança, estando sempre conscientes das escolhas de seus atos.

Busca-se então aos poucos modificar essa realidade para que o desfecho final de percepção de vulnerabilidade, não seja semelhante aos discursos apresentados nesse estudo, assim, é preciso que as mulheres estejam conscientes da sua vulnerabilidade, conheçam a forma correta de se prevenir, tenham acesso e utilizem os insumos de prevenção, conheçam seu status sorológico e negociem o sexo seguro, dessa maneira espera-se que haja o combate, a prevenção e o controle do HIV, sendo possível a quebra da cadeia de transmissão principalmente no que se refere as transmissões heterossexuais e verticais.

Dessa forma, o presente estudo contribui no diagnóstico de saúde que envolve o HIV e as mulheres, ampliando a visão relacionada a esse processo, a fim de fomentar a proposição de estratégias de enfrentamento dessa epidemia no que se refere as autoridades governamentais.

<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/novo/Documentos/Portaria_1271_06jun2014.pdf>. Acesso em: 23 de março de 2015.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família - ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 out. 2011.

BRASIL. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas 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>

BRITO, A. M.; CASTILHO, E.A.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** [online]. 2001, vol.34, n.2, pp. 207-217. ISSN 0037-8682. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v34n2/a10v34n2.pdf>>. Acesso em: 28 de janeiro de 2015.

DALFOVO, M. S.; LANA, R. A.; SILVEIRA, A. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**, Blumenau, v.2, n.4, p.01- 13, Sem II. 2008 ISSN 1980-7031. Disponível em: <http://www.ca.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/metodos_quantitativos_e_qualitativos_um_resgate_teorico.pdf>. Acesso em: 14 de março de 2015

DIEHL, A. A. **Pesquisa em ciências sociais aplicadas: métodos e técnicas**. São Paulo: Prentice Hall, 2004.

FIGUEIREDO, L. G, et al. Percepção de mulheres casadas sobre o risco de infecção pelo HIV e o comportamento preventivo. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 21, p. 805-811, 2013. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v21esp2/v21e2a18.pdf>>. Acesso em: 17 de abril de 2015.

GERHARDT, Tatiana Engel. SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre. Editora da UFRGS, 2009.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. **Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento**. Epidemiologia e Serviços Saúde v.12 nº.4 Brasília. 2003.

MANN, J. M.; TARANTOLA, D. J. M.; NETTER, T. W. A aids no mundo. Rio de Janeiro: **Relume-Dumará**, 1993.

MINAYO, M. C. S. & SANCHES, O. Métodos Quantitativo e Qualitativos: Oposição ou complementaridade? **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, jul/sep, 1993. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/02.pdf>>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Redução de danos/Vulnerabilidade. **OBID - Observatório Brasileiro de Informações Sobre Drogas**, 2007. Disponível em <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11272&rastr o=REDU%C3%87%C3%83O+DE+DANOS/Vulnerabilidade>. Acesso em: 15 de março de 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS**. Ano II - nº 1- dezembro de 2013. Brasília. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55559/_p_boletim_2013_i nternet_pdf_p__51315.pdf>. Acesso em: 14 de novembro de 2014

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS**. Ano III- nº01, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais . ISSN 1517 1159 , junho 2014. Brasília. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2012/52654/boletim_2012_fina l_1_pdf_21822.pdf>. Acesso em: 07 de março de 2015

MINISTERIO DA SAÚDE. **Manual de Prevenção das DST/HIV/Aids em Comunidades Populares**. Brasil. Editora MS, 2009. P. 19-24. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_prevencao_hiv_aids_comunidades.pdf>. Acesso em: 08 de março de 2015.

NICHIATA, LYI.; et, al. A utilização do conceito “vulnerabilidade” pela Enfermagem. **Rev. Latino-am Enfermagem**. 2008; 16(5): 923-8. Disponível:<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n5/pt_20.pdf>. Acesso em 04 de novembro de 2014.

OLIVEIRA, C.A. **Contextos de Vulnerabilidade Para o HIV entre mulheres no Município de Santo Antônio de Jesus-Bahia**. Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia- UFRB. 2013a.

OLIVEIRA, Carlene Almeida; ALMEIDA, LÍlian Conceição Guimarães. Hiv/aids e violência: situações de vulnerabilidade entre as mulheres. **Rev Baiana de Saúde Pública**, v.37, n.4, p.1029-1041 out./dez. 2013b. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/516/pdf_455>. Acesso em: 12 de março de 2014.

PASTORE, D.H. **A Dinâmica do HIV no Sistema Imunológico na Presença de Mutação**. Tese de doutorado em Ciências. Ministério de Ciência e Tecnologia. Instituto Nacional de Matemática Pura e Aplicada, 102 f. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <http://preprint.impa.br/FullText/C040_Mon_Jan_30_10_24_43_BRDT_2006/tese.pdf>. Acesso em: 28 de março de 2015.

PAULILO, M.A.S., JEOLÁS, L.S. Jovens, drogas, risco e vulnerabilidade: Aproximações Teóricas. **Serviço social em revista**, vol.3, n. 1, jul/dez 2000. Departamento de serviço social da universidade estadual de londrina – UEL. p. 27-38. Disponível em: <<http://www.nevusp.org/downloads/down156.pdf>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2015

REIS, R.K., GIR, E. Vulnerabilidade ao HIV/AIDS e a prevenção da transmissão sexual entre casais sorodiscordantes. **Rev Esc Enf USP** 43(3): 662-9, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a23v43n3.pdf>> . Acesso em 12 de fevereiro de 2014.

SALDANHA, A. A. W. **Vulnerabilidade e Construções de Enfrentamento da soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamento estável**. 2003. Tese de Doutorado. Pós-Graduação em Psicologia. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Disponível em: <<https://sistema.planalto.gov.br/spmulheres/textos/BBVUSP/werba%20saldanha.pdf>>. Acesso em: 26 de março de 2015.

SANTOS, N.J.S., et al. A aids no Estado de São Paulo: as mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica. **Rev. bras. epidemiol.** 2002, vol.5, n.3, pp. 286-310. ISSN 1980-5497. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0492.pdf>>. Acesso em 20 de abril de 2015

SCHAURICH, D.; FREITAS, H.M.B. O referencial de vulnerabilidade ao HIV/AIDS aplicado às famílias: um exercício reflexivo. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, 2011; 45(4): 989-95. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/v45n4a28.pdf>>. Acesso em: 11 de fevereiro de 2015.

SILVA M.J. G.; LIMA, F. S.S.; HAMANN, E.M. Uso dos serviços públicos de saúde para DST/HIV/aids por comunidades remanescentes de quilombos no Brasil. **Saúde Soc. São Paulo**, v.19, supl.2, p.109-120. 2010 Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19s2/11.pdf>> . Acesso em: 21 de abril de 2015.

SILVA, C.M.; LOPES, F. M. V.M.; VARGENS, O. M. C. A vulnerabilidade da mulher idosa em relação à AIDS. **Rev. Gaúcha Enferm.** 2010, vol.31, n.3, pp. 450-457. ISSN 1983-1447. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n3/v31n3a07.pdf>>. Acesso em: 05 de abril de 2015.

SILVA, C.M.; VARGENS, O.M.C. A percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para se contrair DST/HIV. **Rev. Esc. Enfermagem USP** 2009; 43(2): 401-6. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a20v43n2.pdf>>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2015.

SOUSA, M.C.P.; SANTO, A.C.G.E.; MOTTA, S.K.A. Gênero, Vulnerabilidade das Mulheres ao HIV/Aids e Ações de Prevenção em Bairro da Periferia de Teresina, Piauí, Brasil. **Saúde Soc. São Paulo**. Volume:17, N° 2, p.58-68, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n2/07.pdf>>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2015

SOUSA, P. K. R.; MIRANDA, K. C. L.; FRANCO, A. C.. Vulnerabilidade: análise do conceito na prática clínica do enfermeiro em ambulatório de HIV/AIDS. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 2, n. 64, p.381-384, 27 jul. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a26v64n2.pdf>>. Acesso em: 20 de Janeiro de 2013.

THIRY-CHERQUES, H. Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. **Revista Brasileira de Pesquisas de Marketing, Opinião e Mídia**, vol. 3, p. 20-27: São Paulo, 2009

APÊNDICE A

Cronograma de atividades

As atividades foram iniciadas em dezembro de 2013 a partir da disciplina Metodologia do Trabalho Científico II, em que foi delimitado tema e orientador, além de ter iniciado as produções para a entrega do Projeto de Pesquisa do Trabalho de Conclusão de Curso ao final de Março de 2014. Posteriormente foi dada continuidade na produção do estudo, realizando a coleta dos dados, análise e finalização do trabalho para ser entregue a banca examinadora em Maio de 2015.

ATIVIDADES	MAI/13	DEZ/13	JAN/ 14	FEV/ 14	MAR/14			
Início das atividades do PET/VS								
Elaboração do Projeto de TCC								
Revisão de Literatura								
Metodologia								
ATIVIDADES	SET/14	OUT/45	NOV/14	DEZ/14	JAN/15	FEV/15	MAR/15	ABR/15
Período de coleta dos dados								
Início da Transcrição								
Análise dos dados								
Finalização do projeto								

APÊNDICE B

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
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	4	R\$ 10,00	R\$ 40,00
SUBTOTAL		R\$ 10,00	R\$ 40,00
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
SUBTOTAL		R\$ 1855,00	R\$ 1855,00
TOTAL		R\$ 1901,00	R\$ 1966,50

APÊNDICE C



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, rubricar 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 numero 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 D

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 – Nº 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

E.12 – Se utilizar o preservativo, quem toma iniciativa para o uso?

O pesquisado Companheiro Os dois Não se aplica

E.13 – Onde adquire o preservativo?

F- Uso de insumos de prevenção

F.1 – Você já fez uso da camisinha feminina?

Sim Onde adquiriu?

Não lembro

Não. Por que? Porque o parceiro não gosta

Não gosto

Usa outro método contraceptivo

Não tinha na hora

Não sei usar

Não se aplica

F.2 – Qual preservativo você prefere, feminino ou masculino? Por que?

F.3-Quando você acha que é importante usar preservativo?

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/proíbe 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?

ANEXO A

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: Lilian Conceição Guimarães de Almeida

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 02798512.0.0000.0056

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: 44.360-000

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@ufvb.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: SN
Bairro: SN CEP: 44.380-000
UF: BA Município: CRUZ DAS ALMAS
Telefone: (75)3621-1293 Fax: (75)3621-8767 E-mail: secgab@ufrb.edu.br