



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

IASMIN OLIVEIRA PINHEIRO

SEXUALIDADE DE MULHERES VIVENDO COM HIV/AIDS

SANTO ANTÔNIO DE JESUS - BA

2016

IASMIN OLIVEIRA PINHEIRO

SEXUALIDADE DE MULHERES VIVENDO COM HIV/AIDS

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de graduação em enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como requisito parcial de aprovação para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

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

SANTO ANTÔNIO DE JESUS - BA

2016

IASMIN OLIVEIRA PINHEIRO

SEXUALIDADE DE MULHERES VIVENDO COM HIV/AIDS

Trabalho de conclusão de curso apresentado a Universidade Federal do Recôncavo da Bahia,
como requisito parcial de aprovação para obtenção do grau de bacharel em enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Lilian Conceição Guimarães de Almeida – Doutora em Saúde Coletiva, professora adjunta da
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Patrícia Figueiredo Marques – Mestre em Enfermagem e professora assistente da
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Letícia Falcão de Carvalho – Mestranda em Saúde Coletiva pela UEFS.

“Seria apenas mais uma história, se não tivesse tocado a alma” (Caio. F).

AGRADECIMENTOS

Ao mestre da minha vida, que me conduziu e sustentou, sem tua graça e misericórdia nada disso seria possível, obrigada, DEUS!

Aos meus Pais, Elza e Juracy, MINHA BASE DE VIDA, obrigada pelo amor incondicional, apoio, cuidado, incentivo e por acreditarem no meu potencial.

As minhas irmãs, Elcy e Paloma, obrigada pelo companheirismo e torcida, vocês foram fundamentais nesse processo, conseguiram transformar momentos de preocupação em força e coragem para seguir em frente.

Aos meus familiares, a torcida de vocês foi muito importante para minha caminhada.

A minha querida orientadora Prof^a Dr^a Lilian Almeida, obrigada por todos os conselhos, ensinamentos, disposição, apoio e incentivo.

As minhas companheiras, com as quais divido momentos de alegrias, tristezas, preocupações e vitórias, que sempre estiveram ao meu lado ao longo dessa caminhada, obrigada pelo carinho, apoio e pela amizade!

Aos colegas de turma pelo incentivo e experiências compartilhadas. Aos meus queridos amigos que estiveram ao meu lado em todos os momentos da graduação, obrigada pela amizade e ajuda, em especial a Églia, Priscila e Larissa.

Ao grupo PET, que promoveu um grande crescimento pessoal e profissional, obrigada aos tutores, preceptores e colegas, cada um se fez muito importante neste processo.

A equipe do Centro de Testagem e Aconselhamento de Santo Antônio de Jesus pelo acolhimento, disponibilidade e por todos os aprendizados, vocês foram fundamentais na construção desse trabalho.

A professora Ms^a Patrícia Marques e Enf^a Letícia Carvalho por aceitarem o convite em participar da banca e se debruçarem na leitura desse trabalho.

PINHEIRO, Iasmin Oliveira. **Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/AIDS**, 2016. 76 f. Centro de Ciências da Saúde – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Santo Antônio de Jesus – BA, 2016.

RESUMO:

O diagnóstico de HIV/AIDS além de repercutir na vida afetiva e sexual, interfere em diversos aspectos da vida do ser humano, inclusive na sua sexualidade. Dessa forma, esse estudo objetiva compreender a sexualidade de mulheres vivendo com HIV/AIDS, assistidas no Serviço de Atendimento Especializado (SAE) do município de Santo Antônio de Jesus – Bahia. Trata-se de um estudo qualitativo e descritivo, realizado a partir de um banco de dados, do qual foram utilizadas as informações referentes ao subprojeto “Estratégias de enfrentamento da feminização do HIV/AIDS em Santo Antônio de Jesus, Bahia”. As participantes do estudo consistem em 12 mulheres com diagnóstico de HIV/AIDS. As entrevistas analisadas foram coletadas no período compreendido entre setembro a novembro de 2014. Os discursos foram organizados segundo a análise de conteúdo de Bardin e analisados com o auxílio das referências bibliográficas acerca do tema. As subcategorias encontradas sofram: “características socioeconômicas, demográficas e epidemiológicas”; “cumplicidades na relação a dois: implicações do compartilhamento do diagnóstico” e “uso da camisinha nas relações sexuais”. Observamos que as mulheres são em sua maioria pretas e pardas, jovens, em idade reprodutiva, solteiras, com baixa escolaridade e condições econômicas, que mantêm práticas heterossexuais e residem em cidades do interior da Bahia, corroborando, com o atual perfil epidemiológico da AIDS e demonstrando situações de vulnerabilidade social e individual. Em relação à descoberta do diagnóstico e o compartilhamento por algumas, pode-se dizer que a sexualidade dessas mulheres foi atingida. Para algumas, principalmente para as que mantinham relação com parceiro soronegativo, a sexualidade foi marcada por vários sentimentos, como tristeza; revolta; culpa pelo descuido com a saúde; culpabilização do parceiro; medo do isolamento, de ser rejeitada, julgada, abandonada e de contaminar o parceiro. Além disso, algumas mulheres vivenciaram situações de preconceito, discriminação e estigma relacionado à doença, fatores que interferiu na vida afetiva e sexual através da diminuição da libido e abstinência sexual. Já para outras houve melhorias no relacionamento, pois o parceiro passou a demonstrar mais cuidado, atenção e amor. Uma das formas de enfrentamento da doença referida foi à religiosidade e o cuidado com a própria saúde. Sobre o uso do preservativo após o diagnóstico percebe-se que para algumas seu uso se restringia apenas para evitar a contaminação do parceiro e uma gravidez indesejável, pelo medo da transmissão vertical. Já para os casais sorocordantes houve banalização. Consideramos que a invisibilidade por parte dos profissionais da saúde frente à sexualidade das pessoas com HIV/AIDS pode trazer implicações na condição de saúde e na qualidade de vida, destacando a importância dos profissionais valorizarem outros aspectos que perpassam o tratamento da infecção e olhar para a saúde dessas pessoas na visão macro.

PALAVRAS-CHAVE: Sexualidade; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Saúde da Mulher; Preservativo.

PINHEIRO, Oliveira Iasmin. Sexuality of women living with HIV/AIDS. 2016.76 f. Health Sciences Center – Federal University of Recôncavo of Bahia. Santo Antônio de Jesus-BAHIA, 2016.

ABSTRACT

The diagnosis of HIV/AIDS in addition to resonate in affective and sexual life, interferes with many aspects of human life, including their sexuality. Thus, this study aims to understand the sexuality of women living with HIV/AIDS, assisted in Specialized customer service (SAE) of the municipality of Santo Antônio de Jesus-Bahia. This is a qualitative and descriptive study, conducted from a database, from which were used in the information pertaining to the subproject "coping strategies of the feminization of HIV/AIDS in Santo Antônio de Jesus, Bahia. The participants of the study consist of 12 women with a diagnosis of HIV/AIDS. The interviews examined were collected in the period from September to November 2014. The speeches were organized according to Bardin's content analysis and analyzed with the aid of bibliographic references on the subject. Subcategories found to suffer: "socioeconomic, demographic and epidemiological characteristics"; "complicity in relation to two: implications of sharing the diagnosis" and "use of condoms during sexual intercourse. We observe that women are mostly black and Brown women, young men, in reproductive age, single, with low educational level and economic conditions, which keeps heterosexual practices and reside in cities in the interior of Bahia, corroborating, with the current epidemiological profile of AIDS and demonstrating social vulnerability and individual situations. In relation to the discovery of the diagnosis and the sharing by some, it can be said that these women's sexuality has been reached. To some, especially to those that maintained relations with partner not a great skater, to sexuality was marked by several feelings such as sadness; revolt; blame for carelessness with health; scapegoating of the partner; fear of isolation, to be rejected, abandoned and tried to infect the partner. In addition, some women have experienced situations of prejudice, discrimination and stigma related to the disease, factors that interfered in affective and sexual life by decreasing libido and sexual abstinence. To other improvement in the relationship, because her partner began to show more care, attention and love. One of the ways of combating the disease was referred to the religiosity and the care of his own health. About condom use after diagnosis realizes that for some its use was restricted only to avoid contamination of the partner and an unwanted pregnancy, fear of vertical transmission. There were soroconcordantes couples to trivialization. We consider that the invisibility on the part of health professionals facing the sexuality of people with HIV/AIDS can bring implications on health condition and the quality of life, highlighting the importance of professionals highlight other aspects that pertain to the treatment of the infection and look for these people's health in macro.

Keywords: Sexuality; Acquired immunodeficiency syndrome; Women's health; Condom.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização socioeconômica e demográfica das mulheres entrevistadas, atendidas no CTA de SAJ, entre setembro a novembro de 2014.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ARV - Antirretrovirais

BEMFAM - Sociedade Civil Bem Estar Familiar no Brasil

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CTA - Centro de Testagem e Aconselhamento

DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis

OMS - Organização Mundial da Saúde

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PEP sexual - Profilaxia pós-exposição sexual

PET/VS - Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/Vigilância à Saúde

PrEP - Profilaxia pré-exposição sexual

PVHA - Pessoas Vivendo com HIV/AIDS

RAS - Rede de Atenção à Saúde

SAE - Serviço de Atendimento Especializado

SAJ - Santo Antônio de Jesus

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

TARV- Terapia Antirretroviral

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFRB - Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REFERENCIAL TEÓRICO	
2.1 Contexto histórico sobre saúde sexual e reprodutiva de mulheres.....	15
2.2 O exercício da sexualidade e vulnerabilidade feminina ao HIV/AIDS.....	17
2.3 Perfil epidemiológico da infecção por HIV em mulheres.....	21
3 METODOLOGIA	
3.1 Tipo de pesquisa.....	23
3.2 Campo de pesquisa.....	24
3.3 Participantes da pesquisa.....	25
3.4 Técnica de coleta de dados.....	26
3.5 Análise dos dados.....	27
3.6 Critérios de inclusão.....	28
3.7 Limitações do estudo.....	28
3.8 Facilitadores do estudo.....	29
3.9 Aspectos éticos.....	29
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	
4.1 Vivência da sexualidade de mulheres com HIV/AIDS.....	30
4.1.1 Características socioeconômicas, demográficas e epidemiológicas.....	30
4.1.2 Cumplicidades na relação a dois: implicações do compartilhamento do diagnóstico.....	33
4.1.3 A camisinha nas relações sexuais.....	44

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	50
REFERÊNCIAS.....	54
APÊNDICE A.....	64
APÊNDICE B.....	65
APÊNDICE C.....	68
ANEXO.....	75

1. INTRODUÇÃO

A epidemia da AIDS é um grande problema de saúde pública mundial, visto que, nos primeiros quinze anos da doença foram registrados 83.551 casos, com maior concentração nas capitais do Sul e do Sudeste e em alguns municípios do estado de São Paulo. No período de 1995 a 2004, houve 304.631 casos, verificando expansão, principalmente, nas capitais do Nordeste, Centro Oeste e Norte. E por sua vez, no período de 2005 a junho de 2015, foram notificados 410.101 casos, observando que a sua distribuição se expande para todo território nacional (BRASIL, 2015).

De 1980 a 2014, na Bahia, foram diagnosticados 25.760 casos de AIDS, segundo ano de diagnóstico, sendo notificados 16.107 do sexo masculino, 9.649 do sexo feminino e 4 ignorado. Já no município de Santo Antônio de Jesus, localizado no Recôncavo Baiano, também no mesmo período, foram diagnosticados 193 casos segundo o ano diagnóstico, destes 114 do sexo masculino e 79 são do sexo feminino, dados consolidados até 30/06/2014. (Fonte: TABNET/ DATASUS).

Embora, atualmente a taxa de detecção da AIDS no Brasil tem apresentado estabilização nos últimos dez anos, e haja mais casos notificados em indivíduos do sexo masculino, verifica-se que a velocidade de crescimento na população feminina foi, como em outros países, muito maior do que entre os homens, fator esse que contribuiu para a feminização da epidemia (BRASIL, 2015). Desse modo, a redução do número de casos em mulheres a partir do ano de 2009 pode estar associado a maior participação desse público nos serviços de saúde de nível primário, visto que, nesses serviços existem programas que além de ser direcionados para a assistência a saúde da mulher, possibilitam o desenvolvimento de atividades educativas e orientações sobre a prevenção das DST/HIV/AIDS.

Percebe-se que a maior susceptibilidade das mulheres a infecção pelo HIV transcende a dimensão biológica e esta intrinsecamente relacionada aos fatores sociais como classe, escolaridade, raça/cor, gênero, cultura e a sua história, com destaque para os papéis de gênero, banalização da violência contra a mulher, relações de poder desequilibrada, e principalmente pela capacidade reduzida de negociação de práticas de sexo seguro com seu parceiro.

Essa assimetria de poder está presente também nas relações afetivo sexuais, construída na perspectiva de que relação estável remete à garantia de sexo seguro, pois o parceiro é conhecido e não colocará a parceira em risco. Logo, a vulnerabilidade feminina tem sido caracterizada também pela subordinação da mulher ao desejo masculino, e determinada pela

“fantasia” do amor como uma espécie de proteção, abandonando o uso do preservativo e estabelecendo riscos frente à infecção pelo HIV/AIDS (OLTRAMARI, CAMARGO, 2010).

Estudo evidência que a descoberta da soropositividade para HIV é uma experiência traumática e pode causar sofrimento tanto físico quanto psíquico e emocional, além disso, as mulheres vivenciam dificuldades pessoais, familiares e sociais, em grande parte associado ao medo da morte, rompimento da relação conjugal, estigma, preconceito e rejeição por parte da família, amigos e parceiro (OLIVEIRA et al., 2015).

Desse modo, em um contexto histórico marcado pelas desigualdades socioeconômicas, permeado por tabus, mitos e estigmas construídos em torno da AIDS, a descoberta da infecção pelo HIV mostrou ser um momento crítico, marcado por incertezas, angústias e medo, não apenas de apresentar uma doença sem cura, mas pelo medo de vivenciar atos de isolamento, julgamento moral e abandono. Fatores esses que levam muitas pessoas a pensarem que o melhor é ocultar seu diagnóstico, para a preservação da sua identidade pessoal e para manutenção das relações no meio familiar e social (RENESTO et al., 2014).

Sabe-se que a principal via de transmissão do vírus da AIDS é a relação sexual, e em consequência disso, algumas mulheres criam estigma em relação ao ato sexual, diminuindo ou perdendo a libido, que pode estar associado à necessidade do uso do preservativo, medo do rompimento do mesmo e pela possibilidade de infectar e/ou da reinfecção.

Por outro lado, varias mulheres ao se depararem com a infecção pelo HIV/AIDS, tendo sido contaminadas por seus parceiros, consideram-se vitimizadas e sentem-se traídas, demonstrando vários sentimentos, como choque, raiva, revolta, tristeza, decepção, magoa, depressão, desgosto, nojo, culpa e arrependimento pelo descuido na prevenção (DUARTE, 2012). Segundo Almeida et al. (2010) outros sentimentos referidos com a revelação da soropositividade são: remorso, desespero, desejo de suicídio e negação frente à aceitação do diagnóstico.

Desse modo, percebe-se que o diagnóstico de HIV/AIDS além de repercutir na vida afetiva e sexual, interfere em diversos aspectos da vida do ser humano, inclusive na sua sexualidade, afinal, sexualidade é muito mais que atividade sexual e não se limita à genitalidade e a uma função biológica responsável pela reprodução.

Segundo Lourenço (2002) a sexualidade se expressa no estilo de vida que adotamos, no modo como se demonstram os afetos, na percepção erotizada dos estímulos sensoriais e nos papéis de gênero.

O conceito de sexualidade é bastante amplo e diversificado, podendo ser compreendida como forma peculiar que cada indivíduo desenvolve e estabelece para viver

suas relações subjetivas e coletivas, a ela associam-se a história de vida, hábitos, costumes, as relações afetivas e a cultura, manifestando, em todas as fases da vida do ser humano e em todas as relações humanas (REIS, GIR, 2010).

De acordo com o estudo realizado por Oliveira et al. (2015) com mulheres soropositivas, a presença do diagnóstico de HIV/AIDS repercute na sexualidade das mulheres de forma negativa e positiva. Para a maioria das mulheres ocorreram alterações negativas, como a diminuição do desejo sexual, da atividade sexual e rejeição pelo parceiro. Por outro lado, para algumas houve melhorias no relacionamento conjugal, pois possibilitou a estruturação de responsabilidades com o tratamento, expressa pelo autocuidado e uso do preservativo, visando à prevenção da contaminação do seu parceiro.

Percebe-se que embora a sexualidade seja um aspecto bastante comprometido pelo impacto da soropositividade ao HIV, a manutenção de relacionamento afetivo sexual por pessoas soropositivas esta associada a melhor qualidade de vida. Desse modo, os profissionais da saúde devem instigar, durante o atendimento, o diálogo com essas mulheres sobre queixas sexuais, desejos, medos, prazeres, sensações e suas emoções, demonstrando as possibilidades existentes para proporcionar prazer e satisfação com a inserção do preservativo na relação, além de desmistificar alguns tabus ainda prevalentes, esclarecer dúvidas e orientar sobre a prevenção da transmissão do vírus e importância da adesão ao tratamento.

Estudos destacam a importância da quebra do paradigma focado apenas no modelo biomédico de atenção à saúde as pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA), tendo em vista que a atenção a este público encontra-se centrada exclusivamente no tratamento da infecção e na sobrevivência dos infectados, desconsiderando outras dimensões que perpassam a vivência da sexualidade (REIS, GIR, 2010; PAIVA et al., 2011).

Diante do exposto e pela vivência no CTA do município de Santo Antônio de Jesus/Bahia a partir do desenvolvimento de um projeto universitário intitulado “Desenvolvimento de estratégias de vigilância, controle e redução da transmissão do HIV/Aids em mulheres de Santo Antônio de Jesus-Bahia”, percebeu-se a invisibilidade pelos profissionais da saúde em relação à sexualidade das PVHA onde existe a cultura de apenas a distribuição de camisinha e a certeza do profissional de achar que a pessoa esta usando, desconsiderando a sexualidade como um aspecto fundamental para uma melhor qualidade de vida dessas pessoas.

Além disso, destaca-se a presença do público feminino no número de casos de HIV/AIDS ao longo dos anos no município onde foi realizado esse estudo, ressaltando a possibilidade dessas mulheres infectarem os parceiros soronegativos, engravidarem e transmitir o vírus para o filho, necessitando assim, de uma melhor compreensão da

sexualidade e apropriação da realidade dessas mulheres, para subsidiar possíveis propostas de intervenções e auxiliar as mulheres no processo de enfrentamento da doença e empoderamento relacionado à vivência da sexualidade frente ao diagnóstico de soropositividade.

Dessa forma, esse estudo objetiva compreender a sexualidade de mulheres vivendo com HIV/AIDS, assistidas no Serviço de Atendimento Especializado (SAE) do município de Santo Antônio de Jesus – Bahia.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 CONTEXTO HISTÓRICO SOBRE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DE MULHERES

Durante anos a mulher foi representada na sociedade como um sexo frágil, submisso e com um único papel de reprodução. Com a institucionalização da família e acúmulo de bens a sociedade foi caracterizada pelo modelo patriarcal, e com isso a função doméstica da mulher foi sendo cada vez mais afirmada, assim como a posição de superioridade masculina (MENDES, VAZ, CARVALHO, 2015).

A partir das primeiras décadas do século XX a atenção à saúde da mulher passou a fazer parte das políticas públicas de saúde no Brasil, no entanto, limitada às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseado no aspecto biológico e no papel social da mulher de mãe e “dona de casa”. Na década de 60, destacou-se a atenção de diversos países às mulheres em idade fértil, no entanto, visando apenas o controle da natalidade (BRASIL, 2004).

A proposta de redução da pobreza nos países subdesenvolvidos através do controle da natalidade associado à ausência de uma política oficial de planejamento reprodutivo no Brasil possibilitou a difusão de métodos contraceptivos por entidades não governamentais, com ênfase nos métodos irreversíveis como a laqueadura tubária. Métodos que atingiu principalmente as mulheres negras e com baixas condições socioeconômicas, que residiam principalmente na região norte e nordeste, as quais foram submetidas à esterilização a partir de práticas coercitivas e impostas (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, 2010).

Diante disso, descontente com essas práticas autoritárias, com as desigualdades de gênero, a ausência de poder das mulheres sobre seus direitos sexuais e reprodutivos, e

principalmente pelo enfoque reducionista dado a essa população, Brasil (2004) traz que o movimento feminista brasileiro reivindicou a condição de sujeitos de direito, com necessidades que extrapolam o período da gravidez e do parto, demandando ações que proporcionassem melhoria das condições de saúde em todos os ciclos de vida, ou seja, ações que contemplassem as particularidades dos diferentes grupos populacionais e as condições sociais, econômicas, culturais e afetivas, em que estivessem inseridas.

O movimento feminista iniciou uma série de reivindicações com o objetivo de incorporar às políticas de saúde da mulher questões que extrapolam a saúde reprodutiva, relegadas ao segundo plano, como violência, desigualdade de gênero, e dificuldades relacionadas à anticoncepção e a prevenção de DST/HIV/AIDS (SILVA, 2013).

O engajamento das mulheres na luta pelos seus direitos à procriação, sexualidade, assistência à saúde, planejamento familiar e por qualidade de vida, contribuiu para a elaboração em 1984 do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). O mesmo significou um rompimento com a abordagem demográfica e controlista, bem como com a concepção materna infantil, ao propor uma atenção integral à saúde da mulher, através da sua assistência em todos os ciclos da vida, ou seja, de acordo com as características e necessidades de saúde apresentadas em cada fase (BRASIL, 2004).

Segundo Correia e Piola (2003), a análise das ações de atenção realizadas em 1998 a 2002, indica que, o objetivo das políticas públicas de atenção integral à saúde da mulher, não foi efetivamente contemplada, sendo priorizada a resolução de problemas relacionados à saúde reprodutiva. Dessa forma, levando em consideração a necessidade de mudanças no cenário nacional referente às políticas voltada a essa população, foi formulado em 2004, pelo Ministério da Saúde a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - princípios e diretrizes.

Essa atual política propõe uma assistência integral à saúde da mulher com garantia dos seus direitos sexuais e reprodutivos, e visa à implementação de ações em saúde, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual, incluindo o rompimento do enfoque biologicista e medicalizador. Além disso, propõem incorporar ações de promoção, prevenção e tratamento às mulheres vivendo com HIV/AIDS (BRASIL, 2004; SILVA, MOURA, PEREIRA, 2013).

Dentre as políticas e ações em saúde que tem o objetivo de defender os direitos da mulher a saúde sexual e reprodutiva no exercício da cidadania destaca-se, além dos programas da atenção básica, o “protocolo de assistência à saúde sexual e reprodutiva para mulheres em

situação de violência de gênero” desenvolvido pela BEMFAM (Sociedade Civil Bem Estar Familiar no Brasil), que é uma instituição filantrópica, de ação social, que visa promover educação e assistência em saúde sexual e reprodutiva (ALMEIDA, COSTA, 2002).

Embora tenha sido observado avanços em relação à implementação dessas políticas, percebe-se que ainda existe práticas de exclusão e estigma a certos segmentos da sociedade, como ao grupo de mulheres que vivem com HIV/AIDS. Dessa forma, para preencher as lacunas deixadas pelas políticas anteriores e assistir essas mulheres em todas as fases da vida, nas diferentes faixas etárias, nos distintos grupos populacionais e em todos os aspectos que envolva o processo de saúde e doença faz-se necessário à sua integração na rede de atenção a saúde (RAS), nos diferentes níveis de atenção à saúde, de acordo com suas especificidades e necessidades.

Essa rede de saúde deve desenvolver ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, bem como assistência humanizada e atividades educativas abordando temas como direito civil e humano das pessoas que vivem com HIV/AIDS, que foi implementado Segundo SOUZA, et al., (2010) desde 1999 através da política do Programa Nacional de DST/AIDS, visando à garantia da qualidade de vida dessas pessoas com respeito e dignidade

2.2 O EXERCÍCIO DA SEXUALIDADE E VULNERABILIDADE FEMININA AO HIV/AIDS

Ao abordar o tema sexualidade de mulheres vivendo com HIV/AIDS faz-se necessário compreender o significado da “sexualidade” ao longo dos anos e a diferença dessa com o termo sexo, visto que, normalmente as pessoas associam sexualidade ao ato sexual e/ou aos órgãos genitais, considerando-os como sinônimos.

De acordo com Costa e Oliveira (2011) sexo refere-se ao conjunto de características fisiológicas que diferem o homem e a mulher. Entendido a partir do biológico, relacionado ao ato sexual e à satisfação da necessidade biológica de obter prazer. Enquanto sexualidade vai além das partes do corpo, constituindo-se como uma característica que está estabelecida e enraizada na cultura e história de cada pessoa.

Desse modo, embora sexo seja uma das dimensões importantes da sexualidade, esta é muito mais que atividade sexual e não se restringe à meta reprodutiva e a genitalidade, sendo constitutiva das relações amorosas e do laço afetivo entre as pessoas, constituindo assim, uma importante dimensão da vida, abrangendo aspectos biológicos, psíquicos, sociais, culturais e históricos (BRASIL, 2013).

A sexualidade de cada pessoa pode ser manifestada de diversas formas, como através do contato físico, comportamentos, prazer, carícia, sensualidade, gestos e fantasias, além de estar presente na reciprocidade do carinho, afeto, amor e companheirismo, incluindo a vaidade, curiosidade, descobertas, atração e cuidado corporal, entre outros sentimentos que ampliam a dimensão da sexualidade. Logo, a maneira como é vivenciada ou mesmo os valores atribuídos, serão sempre reformulados com o passar do tempo, de acordo com o contexto histórico e a cultura (MOLINA, CUNHA, 2010; MARTINS, 2012; BRASIL, 2013; SANTOS, et al., 2014).

Percebe-se que cada ser humano desenvolve um jeito de ser e viver de acordo com princípios construídos ao longo dos anos, que sofre influência de diversos fatores e aspectos, e que estar intrinsecamente e extrinsecamente relacionado à sexualidade.

Segundo Foucault sexualidade não é um dado da natureza, mas o nome de um dispositivo histórico, datado a partir do século XVIII como “dispositivo de sexualidade”. Trata-se de uma rede trançada por um conjunto de técnicas de estimulação dos corpos, intensificação dos prazeres, formação de conhecimentos, práticas, discursos, atitudes de controle e resistência (FOUCAULT, 1980, p.100).

A sexualidade é vista como parte integrante da vida de todos os seres humanos, está presente desde o momento do nascimento até a morte, e inclui tudo o que somos e fazemos (LEITÃO, 2014). Tem um caráter multidimensional, que além de ser influenciado pelos aspectos citados anteriormente, envolve os fatores físico, emocional, econômicos, políticos, éticos, legais, religiosos e espirituais, que repercute na vida e na saúde dos indivíduos (MARTINS, 2012; SEHNEM, et al., 2014).

Diante disso, Ressel (2003) traz que apesar do tema sexualidade ainda ser tratado como algo vergonhoso, impuro, pecaminoso, permeado por mitos, tabus e proibições, percebe-se que faz parte da construção sociocultural de todas as pessoas, independente de aceitarem ou não, revelando-se por meio de discursos, atitudes, posturas, olhares, silêncios, ou seja, no comportamento de cada indivíduo, como um todo.

Em relação à forma como as mulheres vivenciam sua sexualidade percebe-se grande influência dos padrões sociais culturalmente construídos sobre o tema feminilidade, masculinidade e gênero (SANTOS, et al., 2014). A construção da sexualidade feminina ainda está restrita às proibições, às limitações, ao matrimônio e à reprodução, tendo a virgindade e a fidelidade como pontos virtuosos exaltados pelas famílias (SEHNEM et al., 2014).

Dessa forma, em alguns casos a sexualidade feminina se restringe ao papel da mulher à satisfação do parceiro em detrimento da compreensão do seu corpo como forma de obter

amor, prazer e satisfação (VALENCA, NASCIMENTO, GERMANO, 2010). Para o homem o modelo de masculinidade hegemônico direciona a vivência da sexualidade à liberdade, à resistência e à invulnerabilidade, o que conduz a uma prática restrita da sexualidade, tendo como marco da virilidade masculina o ato sexual (ARRAES, et al., 2013).

Infere-se com isso que os fatores históricos e culturais exerceram grandes influências na forma como a mulher vivência sua sexualidade, sendo permeada por tabus, mitos, preconceitos, proibições e relações assimétricas de poder entre homens e mulheres.

Em geral, parte das mulheres não tem acesso a informações sobre sexualidade, fator esse que interfere de forma decisiva no controle sobre seu próprio corpo e sobre a tomada de decisão a respeito de desempenhar sua sexualidade de maneira segura (TENÓRIO, et al., 2015).

Percebe-se que apesar das conquistas do movimento feminista e das importantes mudanças que temos alcançado em relação à saúde sexual da mulher, a sexualidade esta restrita a modelos tradicionais em que o peso e o poder do machismo continuam liderando as relações sexuais. Além disso, grande parte das mulheres são submetidas aos desejos dos seus parceiros, não conseguindo colocar em prática ações de proteção, como o uso do preservativo, tornando-se susceptível a infecção pelo HIV (MALISKA, SOUZA, SILVA, 2007).

Diante disso, destaca a importância do profissional da saúde estimular o diálogo sobre a vivência da sexualidade sem julgamentos e rótulos sobre comportamentos sexuais considerados “normais” ou “anormais”, visando o empoderamento dessas mulheres relacionado à sua sexualidade, e conseqüentemente uma melhor qualidade de vida com segurança.

Dessa forma, para exercer a sua sexualidade e ter poder sobre suas escolhas sexuais e reprodutivas a mulher precisa, ainda hoje, romper barreiras, dizer não aos interditos e as regras sociais. Nesse estudo, a definição do termo vulnerabilidade torna-se imprescindível para compreender como se dão alguns agravos à saúde das mulheres.

De acordo com Brasil (2006, p. 20) “vulnerabilidade é o conjunto de fatores de natureza biológica, epidemiológica, social, cultural, econômica e política cuja interação amplia ou reduz o risco ou a proteção contra um dano”.

O conceito de vulnerabilidade está atrelado a três dimensões analíticas que a caracterizam, sendo eles a dimensão individual, programática e social, as quais estão intimamente interligadas.

Do ponto de vista individual, envolve aspectos relacionados a características biológicas, pessoais, percepção de risco, atitudes para a autoproteção, ou seja, diz respeito ao

comportamento e atitudes que criam uma maior susceptibilidade a infecção e adoecimento. O componente social refere-se ao acesso à informação e a instituições sociais como serviços de saúde e escola, cultura, ideologia e relações de gênero, incluindo noção de cidadania e direitos, dentre eles os sexuais e reprodutivos, as crenças, condição econômica e valores relacionados à sexualidade. Já a dimensão programática esta relacionado às políticas públicas de enfrentamento, com suas metas, ações propostas, organização e distribuição dos recursos para prevenção e controle (NICHATA, et al., 2008; CARRARA, SILVA, NEVES, 2015).

O entendimento de informações como estas pode favorecer a percepção por parte da população sobre medidas e atitudes de proteção contra DST, a exemplo o vírus da AIDS que se dá pela relação sexual sem o preservativo, pela transmissão vertical e contato direto com secreções biológicas como o sangue.

A vulnerabilidade feminina à infecção pelo HIV decorre de aspectos biológicos e de fatores sociais, legais e culturais, com destaque para os papéis de gênero, relações de poder assimétrica, práticas de submissão, dependência econômica e a banalização da violência de gênero pelo parceiro íntimo, seja ela física, psicológica ou verbal (DUARTE, PARADA, SOUZA, 2014).

Além disso, percebe-se que a dificuldade de adoção de sexo seguro entre as mulheres esta relacionado tanto a resistência do parceiro ao uso do preservativo como ao reduzido acesso das mulheres a informações adequadas sobre métodos de prevenção controlados por elas, como o uso da camisinha feminina, pois devido ao preço elevado e pelo fato de ser pouco disponibilizado na rede de atenção básica acaba restringindo seu uso à população com mais recursos financeiros (FIGUEIREDO et al., 2013).

Além desse fator que dificulta a utilização da camisinha feminina, a tentativa de inserir esse método de proteção esta associado a diversos julgamentos morais e sentimentais que restringe e inibe a vontade da mulher em se proteger.

Segundo Souto (2009) a negociação do uso de preservativos por iniciativa da mulher em relações estáveis, implica, para ela, ter de assumir diversos riscos que vão desde incompreensões do parceiro quanto ao seu sentimento de afetividade, até à desconfiança quanto à fidelidade conjugal e suas potenciais consequências. Além disso, grande parte dos homens recusa-se ao uso da camisinha pela justificativa que incomoda, dificulta a ereção e diminui a libido.

Diante disso, destaca-se a importância de levar em consideração as dimensões afetivas das representações do HIV/AIDS entre as mulheres, visto que, o fato de esta casada ou em união estável, acarreta a substituição do preservativo pelo amor e confiança no parceiro,

favorecendo uma situação que camufla o risco de contaminação e uma falsa sensação de segurança sexual, colaborando assim, para o processo de feminização da AIDS (RODRIGUES, 2012).

Nesse sentido, acredita-se que o trabalho de uma equipe multiprofissional pode contribuir para desconstruir mitos e preconceitos que permeiam a sexualidade na esfera biológica e cultural. Para isso é de suma importância o desenvolvimento de estratégias preventivas, como educação em saúde sobre temas relativos à sexualidade, como corpo, gênero, violência e vulnerabilidade, objetivando incentivar reflexões que desconstruam estereótipos arraigados de machismo e desigualdade de poder que limitam a vivência do “sexo seguro” em relação à gravidez indesejada e da infecção por DST/HIV/AIDS.

2.3 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA INFECÇÃO POR HIV EM MULHERES

A Síndrome da Imunodeficiência Humana (AIDS) é uma doença emergente e um relevante problema de saúde pública no Brasil e no mundo que vem se disseminando desde a década de 80 através da infecção pelo HIV. Ao longo deste tempo, o perfil epidemiológico e a vida das pessoas infectadas sofreram profundas mudanças.

A infecção que antes se restringia aos centros metropolitanos e atingia principalmente os indivíduos considerados “grupos de risco” composto por pessoas com maiores condições socioeconômicas, homossexuais, usuários de drogas injetáveis, hemofílicos e as prostitutas, hoje, tem o seu espectro de infecção ampliado, marcado pelos processos de heterossexualização, pauperização, interiorização, juvenização e feminização, havendo maior número de casos entre grupos com baixa escolaridade, mulheres, jovens e negros (BRASIL, 2014).

Considera-se, no entanto, que todos os grupos são vulneráveis à infecção pelo HIV e a suscetibilidade será maior de acordo com os níveis de exclusão socioeconômico e cultural, dessa forma, a infecção pelo HIV é um fenômeno de impacto social sem limites, atingindo crianças, adultos e idosos de ambos os sexos (NAVARRO, 2011).

De acordo com o último Boletim Epidemiológico foi registrado no Brasil, no período de 2007 a 2015, um total de 93.260 casos de infecção pelo HIV, dos quais 61.904 foram referentes ao sexo masculino e 31.331, ao feminino. Em relação aos casos de AIDS em mulheres, observou-se um aumento, no período de 1980 até 2003, no entanto, a partir de 2009, houve uma redução dos casos notificados e aumento nos casos de AIDS em homens,

que passou a ser de 19 casos no sexo masculino para cada 10 casos em mulheres no ano de 2014 (BRASIL, 2015).

De acordo com os dados registrados no SINAN a principal via de infecção pelo HIV entre os indivíduos com 13 anos ou mais é a sexual tanto entre homens quanto entre as mulheres. Entre os homens, no período de 2007 a 2015, verifica-se que 45,6% dos casos tiveram exposição homossexual, 39,4% heterossexual e 10,1% bissexual. Já entre as mulheres, nesse mesmo período, observa-se que 96,4% dos casos se inserem na categoria de exposição heterossexual (BRASIL, 2015).

Diante disso, percebe-se que a relação heterossexual é a principal forma de transmissão do vírus da AIDS entre as mulheres, as quais atualmente são caracterizadas por mulheres com relacionamentos estáveis, donas de casa e mães de família, que na maioria dos casos teve um único parceiro.

Em relação à faixa etária e a raça/cor autodeclarada por mulheres com diagnóstico de HIV registradas no SINAN no período de 2007 a 2015, observa-se que houve uma maior concentração de casos nos indivíduos com idade entre 15 a 39 anos, e aumento na proporção de casos entre mulheres autodeclaradas preta e parda, visto que 47,2% consideram-se brancas e 51,8% pretas e pardas (BRASIL, 2015).

Desse modo, percebe-se que apesar de haver um predomínio de casos notificados na população preta e parda, o número de casos notificados na população branca também foi considerável, podendo associar a alta incidência de casos notificados na região Sul e Sudeste, onde há uma concentração maior de pessoas consideradas brancas, visto que, de acordo com o último Boletim Epidemiológico (2015), dos 93.260 casos de infecção pelo HIV registrados no período supracitado, foram notificados 4.751 na Região Norte (5,1%), 9.610 no Nordeste (10,3%), 54.208 no Sudeste (58,1%), 19.374 no Sul (20,8%) e 5.296 no Centro-Oeste (5,7%).

Além disso, o número reduzido de casos notificados na região Norte, Nordeste e Centro-Oeste comparada com as outras regiões possibilita o questionamento acerca da facilidade de acesso dessa população aos testes diagnósticos e aos serviços de saúde, que podem não ter ocorrido de maneira efetiva.

Diante dessas informações, infere-se que a infecção pelo HIV tem se configurado com uma das principais causas de morbidade e mortalidade de mulheres em idade fértil e com maior vulnerabilidade social.

Analisando-se a escolaridade como variável indicadora de condição socioeconômica dos casos de AIDS, observa-se que a epidemia iniciou na população com maior poder aquisitivo, em indivíduos com mais de oito anos de escolaridade, entretanto, atualmente o

maior número de casos encontra-se em indivíduos com menor escolaridade (SILVA et al., 2013).

De acordo com o último Boletim Epidemiológico brasileiro percebe-se que existe diferença nas proporções dos casos de AIDS segundo sexo entre os níveis de escolaridade, indicando que a proporção de homens com grau de instrução mais elevado é maior do que entre as mulheres. Em 2014, a proporção de homens analfabetos foi de 2,3%, enquanto que entre as mulheres foi de 3,9%; para o nível superior incompleto, foi de 7,8% em homens e 2,4% em mulheres, e para o nível superior completo foi de 12,3% entre os homens e 3,8% entre as mulheres. Em geral, observa-se uma maior concentração de casos entre aqueles com ensino médio completo (23,9%) e 5ª a 8ª série incompleta (21,1%) (BRASIL, 2015).

Sabe-se que o reduzido nível de escolaridade interfere no maior acesso a informação, aos serviços de saúde, na aquisição de melhores empregos, e conseqüentemente nas condições socioeconômicas, além de contribuir para a vulnerabilidade social do indivíduo a infecção pelo HIV, favorecem assim a pauperização.

Dessa forma, percebe-se que o nível de escolaridade e as condições socioeconômicas são fatores primordiais para prevenção e manutenção da adesão ao tratamento de HIV/AIDS, visto que, a baixa escolaridade cria obstáculos ao acesso à informação, diminui a adesão de práticas preventivas e interfere na compreensão da terapêutica, devido às dificuldades na interpretação das informações oferecidas pelos profissionais de saúde e no reconhecimento da importância de não abandonar o tratamento (COSTA, ZAGO, MEDEIROS, 2009).

Ainda segundo o autor citado anteriormente a baixa condição econômica interfere no cotidiano das pessoas que vivem com HIV/AIDS, pois irá precisar de recursos financeiros para manutenção de uma alimentação adequada, para ir às consultas de rotina, bem como, para manutenção de gastos com medicações extras e com as necessidades pessoais e do lar.

No entanto, faz-se necessário destacar que, o alto nível de escolaridade não exclui a vulnerabilidade inerente a cada indivíduo, o que permite afirmar que apesar do alto grau de escolaridade reduzir a vulnerabilidade social, o mesmo não imuniza o indivíduo, visto que, existem outras vulnerabilidades ao HIV influenciadoras nesse processo.

3. METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo de caráter qualitativo e cunho descritivo, realizado a partir de um banco de dados, do qual foram utilizadas as informações referentes ao subprojeto

“Estratégias de enfrentamento da feminização do HIV/AIDS em Santo Antônio de Jesus, Bahia”.

Sobre pesquisa qualitativa Minayo (2001, p. 14) diz que:

(...) ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

A representatividade numérica não é um fator preocupante neste estudo, visto que, os aspectos da realidade não podem ser quantificados. A abordagem qualitativa e descritiva foi escolhida por ser considerada a mais apropriada para análise das entrevistas, além de possibilitar o conhecimento sobre as características do grupo estudado.

Segundo Gil, (2008, p. 28) a natureza descritiva pode ser compreendida como:

(...) descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. (...) uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados.

3.2 CAMPO DE PESQUISA

O presente estudo foi desenvolvido no município de Santo Antônio de Jesus (SAJ), localizado na região do Recôncavo Sul do estado da Bahia, com área geográfica de 268,764 km² e estimativa populacional de 101.548 para o ano de 2015 (IBGE, 2015).

A cidade de SAJ é consideradaa “capital do recôncavo baiano” devido ao seu amplo crescimento socioeconômico, localizada a 187 km da capital Salvador à margem da BR 101 e BA 043. A mesma delimita-se pelos municípios de Varzedo, Conceição do Almeida, Aratuípe, Laje, Muniz Ferreira, Dom Macedo Costa, Elísio Medrado, São Miguel das Matas, São Felipe e Nazaré (ESTUDO DE IMPACTO AMBIENTAL, 2015).

As entrevistas utilizadas nesse estudo foram realizadas no Serviço de Atendimento Especializado (SAE), a qual juntamente com o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) do município supracitado, atende a população de SAJ e aproximadamente 25 municípios circunvizinhos. Desse modo, para promover uma assistência de qualidade e individualizada esse serviço conta com equipe multiprofissional composta por enfermeiras, médicos, assistente social, farmacêutico, psicólogo, técnicos de laboratório, recepcionista e serviços gerais.

Essa unidade além de realizar testagem sorológica para HIV, sífilis, HTLV, hepatites B e C, promove atividades de prevenção, promoção, tratamento, reabilitação, dispensação de medicações e aconselhamento sobre DST/ HIV/AIDS.

O CTA/SAE foi inaugurado em 2007, e até então localiza-se no centro da cidade de SAJ, em um espaço ao fundo da Policlínica, unidade que presta atendimento aos pacientes encaminhados por todas as Unidades de Saúde da Família do município e a diversas especialidades médicas como: oftalmologia, ginecologia e cardiologia.

3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Trata-se de doze mulheres com idade superior a dezoito anos, que apresentam diagnóstico de HIV/AIDS e fazem acompanhamento no Serviço de Atendimento Especializado (SAE) do município de Santo Antônio de Jesus-BA.

Para garantia da manutenção de total sigilo sobre a identificação das mulheres entrevistadas e obedecendo aos requisitos éticos, o presente estudo identificou as mulheres com o codinome Maria seguida de numeral em ordem crescente de 1 a 12.

A escolha desse codinome surgiu pelo significado atribuído ao nome Maria, o qual é destacado na letra da música de Milton Nascimento gravada em 1978, onde “Maria” representa inúmeras mulheres brasileiras guerreiras que apesar das dificuldades continuam lutando.

As mulheres desse estudo também representam essas “Marias”, por enfrentarem uma batalha diariamente frente aos estigmas, preconceito e discriminação relacionado ao vírus da AIDS e, portanto devem ser incentivadas a lutar pela quebra de paradigmas que ainda existe e repercute de forma negativa, visando uma melhor qualidade de vida e a possibilidade de vivenciar a sexualidade de forma adequada frente à soropositividade. A caracterização dos sujeitos da pesquisa pode ser observada na tabela a seguir:

Tabela 1 - Caracterização socioeconômica e demográfica das mulheres entrevistadas, atendidas no CTA de SAJ, entre setembro a novembro de 2014.

Identificação	Idade	Cor da Pele	Estado Civil	Escolaridade	Religião	Ocupação	Cidade
Maria 1	30	Negra	Casada	Fundamental incompleto	Evangélica	Desempregada	São José
Maria 2	43	Parda	Divorciada	Médio completo	Católica	Autônoma sem Estabelecimento	Nazaré
Maria 3	45	Parda	Solteira	Superior completo	Espírita	Assalariada	Castro Alves

Maria 4	69	Branca	Viúva	Fundamental incompleto	Evangélica	Aposentada	SAJ
Maria 5	55	Negra	Solteira	Fundamental incompleto	Evangélica	Assalariada	Morro de SP
Maria 6	41	Negra	União estável	Fundamental incompleto	Católica	Autônoma sem estabelecimento próprio	SAJ
Maria 7	24	Negra	Solteira	Médio completo	Católica	Autônoma sem estabelecimento próprio	Castro Alves
Maria 8	26	Amarela	Solteira	Médio Incompleto	Ateu	Desempregada	Amargosa
Maria 9	37	Parda	União estável	Médio completo	Ateu	Autônoma sem estabelecimento próprio	SAJ
Maria 10	21	Negra	Solteira	Médio Incompleto	Católica	Autônoma sem estabelecimento próprio	Amargosa
Maria 11	28	Negra	Divorciada	Médio completo	Evangélica	Nunca trabalhou	Cairu
Maria 12	66	Amarela	Casada	Fundamental incompleto	Evangélica	Aposentada	Tancredo Neves

Fonte: autora.

3.4 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

Os dados analisados no presente estudo foram coletados, no período compreendido entre setembro a novembro de 2014, por duas acadêmicas de Enfermagem da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) que faziam parte da equipe assim como a autora do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde-Vigilância à Saúde (PET/VS), desenvolvido na UFRB, cujo subprojeto é intitulado como “Estratégias de enfrentamento da feminização do HIV/AIDS em Santo Antônio de Jesus, Bahia”.

A participação das pesquisadoras no programa supracitado contribuiu para o conhecimento do cenário da pesquisa, da rotina do serviço e acompanhamento do processo de aconselhamento pré e pós testagem sorológico.

Para a coleta dos dados foi utilizado à técnica de observação do local de estudo e aplicação de um roteiro de entrevista semiestruturada, realizado com doze mulheres com diagnóstico de HIV positivo. E o fechamento da amostra ocorreu através da ferramenta amostragem por repetição de informações.

O roteiro da entrevista analisado na pesquisa é semiestruturado, que segundo Minayo (2009, p. 64), “combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada”.

O roteiro de perguntas que foi utilizado para realização das entrevistas pelas pesquisadoras e que é fonte de dados do presente estudo possui oito áreas temáticas, sendo elas a identificação do instrumento, perfil socioeconômico da usuária, antecedentes ginecológicos e obstétricos, investigação sorológica, percepção da saúde sexual, uso de insumos de prevenção, vulnerabilidade às DSTs e fluxograma de atendimento (específico para mulheres com diagnóstico prévio).

As entrevistas foram realizadas nos consultórios da enfermeira, assistente social, e em alguns momentos na sala de reunião, estes eram ambientes tranquilos e discretos, no entanto, em algumas situações houve a necessidade da interrupção da entrevista, pois se tratavam de salas de atendimento e não havia um local apropriado para a realização das mesmas. Embora isso tenha ocorrido, o registro das informações e o andamento das entrevistas não foram comprometidas. As entrevistas foram gravadas mediante a utilização de um aparelho celular e possuíram como média de duração 30 minutos.

A captação das mulheres entrevistadas aconteceu de forma aleatória sem indicação de nenhum dos profissionais da unidade e foi realizada durante o momento em que as mesmas aguardavam para a consulta com o profissional médico. Ao abordar as mulheres as pesquisadoras informavam sobre o objetivo da pesquisa, a importância da realização das entrevistas, bem como a universidade e o projeto que a pesquisa estava vinculada.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para o presente estudo o método de análise escolhido para estruturação e organização das entrevistas foi análise de conteúdo na perspectiva Bardin.

Segundo Bardin (2006, p. 38), a análise de conteúdo, enquanto método “torna-se um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”.

A técnica de análise de conteúdo esta baseada em três etapas distintas de organização, que consistem em: pré- análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Tais etapas foram utilizadas a fim de embasar a análise dos dados coletados.

Na primeira fase dessa técnica, a pré-análise, as entrevistas foram organizadas e classificadas com a numeração de um até doze com o objetivo de torná-las operacional, e em seguida foi realizada uma leitura exaustiva das entrevistas para obter uma visão completa sobre os discursos. No segundo momento, ocorreu a exploração do material, sendo realizada uma análise sistemática das falas, sua classificação e categorização, que consistiu na

identificação de temas centrais e agrupamento dos discursos que possuíam relação para ser discutidos. Na terceira fase, foram realizadas interpretações, inferenciais, análises reflexivas e críticas dos dados obtidos nas entrevistas, gerando assim, os resultados que foram discutidos com base em outros estudos (BARDIN, 2006).

Dessa forma, o ponto chave que orienta a estruturação da análise dos dados principais é a identificação de temas centrais, que foram referidos nas entrevistas de forma generalizada.

Importante salientar que após a estruturação da análise das entrevistas, houve a necessidade de realizar releituras de algumas entrevistas para analisar pontos chaves que inicialmente não foram vistos como importantes para esse estudo. A partir da análise das entrevistas através da metodologia “análise de conteúdo” foi possível discutir a categoria vivência da sexualidade de mulheres com HIV/AIDS a partir das seguintes subcategorias: “características socioeconômicas, demográficas e epidemiológicas”; “cumplicidades na relação a dois: implicações do compartilhamento do diagnóstico” e “uso da camisinha nas relações sexuais”.

Já a análise crítica e discussão desses temas foram baseados em estudo científicos que abordavam as seguintes temáticas: saúde reprodutiva e sexual; sexualidade em geral; sexualidade das mulheres vivendo com HIV/AIDS; vulnerabilidade a infecção por DST/HIV/AIDS; repercussão da soropositividade na vida das pessoas, entre outros.

3.6 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Para esse estudo foram considerados os seguintes critérios de inclusão: mulheres com idade superior ou igual á dezoito anos; mulheres com diagnóstico de HIV/AIDS, assistidas pelo SAE do município de Santo Antônio de Jesus-BA.

3.7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Considerando que as entrevistas foram realizadas por pesquisadoras que desenvolveram pesquisas com outro objeto de estudo e que a autora não teve acesso às gravações, percebe-se que o presente estudo possui algumas limitações no que concerne a vivência *in lócus*, ainda que, as pesquisadoras tenham sido fidedignas na transcrição das entrevistas e evidenciado o momento em que algumas mulheres demonstraram certas emoções como risadas, visto que, a impressão da linguagem corporal, como timidez, dificuldade de responder, constrangimentos, outros sentimentos e sensibilidade a determinado assunto não

foi referido e muito teria a contribuir com a análise dos resultados deste estudo, pois seria uma informação a mais para analisar.

No entanto, após a análise das entrevistas identificou-se que seria pertinente à utilização das transcrições, ainda que tivesse as questões supracitadas.

3.8 FACILITADORES DO ESTUDO

Um dos fatores facilitadores para o desenvolvimento desse estudo foi à vasta quantidade de trabalho científica disponível e a facilidade de acesso ao banco de dados.

3.9 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo faz parte de uma pesquisa maior, a qual foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRB, através do número do parecer 191.710/2013 (ANEXO), obedecendo aos critérios da resolução 466 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), estabelecida em 12 de dezembro de 2012, tendo em vista a vigência do estudo com seres humanos.

Para garantia do anonimato das informações, que serão utilizadas apenas em cunho científico, os sujeitos participaram da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), o qual foi apresentado individualmente após o esclarecimento sobre a pesquisa.

Tal termo foi assinado por cada participante em duas vias, sendo que uma ficou em posse das pesquisadoras para ser arquivado e outra com a entrevistada, estando em consonância com o princípio da autonomia, na qual garante à participação na pesquisa e o direito do sujeito interromper a entrevista, em qualquer momento, se desejar.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise crítica e minuciosa das entrevistas percebeu-se a pertinência e importância de abordar a categoria vivência da sexualidade de mulheres com HIV/AIDS a partir das seguintes subcategorias: características socioeconômicas, demográficas e epidemiológicas; cumplicidades na relação a dois: implicações do compartilhamento do diagnóstico e uso da camisinha nas relações sexuais.

4.1 VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE DE MULHERES COM HIV/AIDS

Compreende-se sexualidade como um fenômeno que envolve aspectos de grande significado existencial, relacionado à história pessoal de cada indivíduo e ultrapassando a saúde sexual e reprodutiva, pois se manifesta com características próprias em cada fase da vida, constituindo-se como aspecto inerente a todo ser humano (SOUTO et al., 2009; REIS, GIR, 2010; CARVALHO, et al., 2013).

Logo, a sexualidade é um fator determinante das relações sociais, onde seu comprometimento principalmente pelo diagnóstico de HIV/AIDS interfere diretamente no seu exercício, limitando a condição da pessoa frente à representação do estigma existente em torno dessa doença (SOUTO et al., 2009).

Em relação à sexualidade das mulheres entrevistadas percebe-se que a descoberta do diagnóstico de HIV/AIDS implicou em grandes mudanças tanto na área da saúde quanto no âmbito afetivo, sexual, social, econômico e emocional. A condição sorológica contribuiu para a vivência de experiências importantes para o aprendizado dessas mulheres do estudo.

4.1.1 CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS, DEMOGRÁFICAS E EPIDEMIOLÓGICAS

Ao analisar os dados coletados dos sujeitos da pesquisa percebe-se o predomínio de mulheres jovens, pretas e pardas, solteiras, com práticas heterossexuais, baixo nível de escolaridade, sem estabilidade financeira e que residem em cidades do interior, caracterizando, dessa forma, o atual perfil epidemiológico da infecção pelo HIV/AIDS no Brasil.

No que se refere à faixa etária percebe-se que a idade da população do estudo variou de 21 a 70 anos, sendo que cinco mulheres apresentaram idade entre 21 a 30 anos, uma de 31 a 40 anos, três de 41 a 50 anos, uma de 51 a 60 e duas de 61 a 70 anos, corroborando com o estudo de Lima et al. (2015) que afirmar a prevalência da infecção pelo HIV em adultos jovens, fator preocupante devido à possibilidade de transmissão vertical, visto que, se configuram como mulheres em idade reprodutiva e sexualmente ativa.

Diante disso, percebe-se a importância da assistência direcionada a essas mulheres ir além da distribuição da terapia medicamentosa e do acompanhamento da carga viral, destacando a necessidade de conhecer a repercussão do diagnóstico na vida amorosa, familiar,

social, afim de, valorizar a sexualidade e o direito reprodutivo, além de prevenir a transmissão vertical e favorecer a identificação de casos de infecção pelo HIV.

De acordo com Bezerra et al. (2012) jovens e adultos têm apresentado comportamentos de vulnerabilidade a infecção pelo HIV, como sexo desprotegido por confiar no parceiro e/ou esquecer de usar o preservativo, uso de contraceptivo oral ou injetável como único método de prevenção da gravidez, promiscuidade sexual, abuso de álcool e/ou outras drogas ou, ainda, por se considerarem esclarecidos sobre o assunto, de modo a não perceberem-se susceptível a contaminação pelo vírus da AIDS.

Nota-se também a presença de mulheres com diagnóstico de HIV positivo na faixa etária de 51 a 70 anos, destacando a importância de valorizar a sexualidade na terceira idade que historicamente é vista como um tema complexo, permeado por tabus e preconceitos, e por conta disso, criou-se a falsa ideia de que os idosos estariam protegidos em relação à infecção pelo HIV.

De acordo com o estudo de Soares e Moraes (2014) percebe-se aumento da incidência de casos de HIV a partir dos 50 anos, implicando a necessidade do profissional de saúde abordar a sexualidade como aspecto inerente e essencial em todas as fases da vida e desenvolver medidas de conscientização e promoção à saúde do idoso com ações voltadas tanto para sexualidade como para vulnerabilidade.

Em relação ao quesito raça/cor autodeclarada percebe-se a prevalência do diagnóstico de HIV nas mulheres negras, visto que, seis mulheres consideraram-se pretas, três pardas, duas amarelas e uma branca. Pode associar tal resultado ao fato do estudo ter sido realizado na Bahia, onde há um maior predomínio de pessoas consideradas negras.

O dado supracitado corrobora com os achados de alguns estudos que destacam aumento no número de casos de HIV/AIDS entre os pretos e pardos para ambos os sexos (VASCONCELOS, ALVES, MOURA, 2001; VILLELA, SANEMATSU, 2003; CAMPOS, ALMEIDA, AOKI, 2011).

Quanto à situação conjugal das doze mulheres entrevistadas, cinco eram solteiras, duas casadas, duas em união estável, duas divorciadas e uma viúva, dessa forma, percebe-se que as relações estáveis proporcionam certo grau de confiança aos casais, levando a exclusão de práticas de sexo seguro e conseqüentemente maior vulnerabilidade de infecção pelo HIV.

Ao analisar o nível de escolaridade, percebe-se que foi baixo, visto que, cinco participantes tinham o ensino fundamental incompleto, duas o ensino médio incompleto, quatro ensino médio completo e apenas uma o ensino superior completo, corroborando com o

estudo de Lima et al. (2015) ao evidenciar que mais da metade da população do estudo não conseguiu completar o ensino médio.

O aumento da proporção de casos de HIV em pessoas com baixo nível de escolaridade tem sido denominado como pauperização. Desse modo, a maior conscientização sobre a infecção pelo HIV requer um nível de escolaridade satisfatório, visto que, indivíduos ao estudarem por mais anos, têm facilidade ao acesso e compreensão da informação, bem como a adesão e manutenção de práticas preventivas (PEREIRA, et al., 2011; CARVALHO, 2013).

Acerca da avaliação do risco ocupacional duas mulheres referiram possuir emprego fixo, cinco autônomas sem estabelecimento próprio, duas desempregadas, duas aposentadas e uma nunca trabalhou. Tais informações estão de acordo com os dados da pesquisa de Rodrigues e Castilho (2004) que também encontraram no perfil de pessoas vivendo com HIV, o predomínio de classes econômicas menos favorecidas e baixa escolaridade.

Segundo Ferreira e Figueiredo (2006) o diagnóstico de HIV positivo têm sido utilizado em muitas situações como pretexto para a discriminação no mercado de trabalho e como principal motivo de exclusão aos direitos mais elementares da cidadania, que é assegurada pela lei nº 12.984, de 2 de junho de 2014. Dessa forma, evidencia-se a necessidade de criar estratégias que apoiem a manutenção do trabalhador soropositivo em seu local de trabalho, além disso, essas pessoas devem ser orientadas sobre seus direitos trabalhistas diante da sua situação de saúde (LIMA et al., 2015).

No que se refere à cidade em que residem as participantes do estudo, três moravam em Santo Antônio de Jesus, e as demais em cidades circunvizinhas como: duas em Amargosa, duas em Castro Alves, uma de Cairu, uma em Morro de São Paulo, uma em Tancredo Neves, uma em São José e uma em Nazaré. O que evidencia a progressão da doença em municípios com menor contingente populacional, situação descrita como interiorização da epidemia.

Sobre a principal via de transmissão do vírus da AIDS destaca-se a heterossexual, visto que, todas as entrevistadas relatou ter sido infectada pela via sexual, dado semelhante aos resultados encontrado na pesquisa de Librelotto et al. (2012).

A vulnerabilidade da mulher a infecção pelo HIV, esta associada a alguns fatores, como: anatomia feminina, carga viral seminal, relação sexual desprotegida, dificuldade em negociar práticas de sexo seguro, submissão à vontade do homem e desigualdades de gênero, atribuindo a heterossexualização como forma de transmissão que mais tem contribuído para a feminização da epidemia em nosso país (GRUNER, SILVA, 2005; MAIA, GUILHEM, FREITAS, 2008).

Diante disso, percebe-se que o perfil apresentado denota situações de vulnerabilidade individual e social a infecção pelo HIV, visto que, as mulheres entrevistadas em sua maioria são pardas e pretas, com baixa condição socioeconômica e com baixo grau de escolaridade, além disso, boa parte apresentam parceiros afetivos e sexuais, o que contribui para aumento da cadeia de reinfecção e transmissão na ausência de medida de proteção, como o uso da camisinha.

4.1.2 CUMPLICIDADES NA RELAÇÃO A DOIS: IMPLICAÇÕES DO COMPARTILHAMENTO DO DIAGNÓSTICO

Revelar ao outro a situação de soropositividade para HIV tornou-se uma das questões centrais dessa epidemia, por se tratar de uma doença de caráter crônico, transmissível e sem cura (PONTES, 2011).

Sobre o compartilhamento do diagnóstico pelas mulheres desse estudo, percebe-se que das doze participantes apenas seis compartilhou com o companheiro, sendo que destas quatro referiram relacionamento com parceiro sorodiscordante, com sorologia negativa para HIV, e duas possuíam parceiro que apresentava o mesmo status sorológico, ou seja, ambos os com diagnóstico positivo para HIV. Em relação às demais não houve compartilhamento com o parceiro, pois não foi estabelecido outro relacionamento, revelando sua sorologia apenas para alguns familiares e amigos.

Ao analisarmos os discursos das colaboradoras sobre a relação do casal após o compartilhamento do diagnóstico, percebe-se que as implicações negativas foram mais prevalentes nos relacionamentos das mulheres que mantinham relação com parceiro soronegativo, visto que, das duas mulheres que relataram sorologia positiva do casal informaram que ambos são acompanhados pelo serviço e que atualmente a relação é estável e sem maiores complicações.

De acordo com Reis e Gir (2010) a possibilidade de transmissão sexual do HIV é uma das questões mais suscitadas pela sorodiscordância e presente no cotidiano das pessoas que vivem com essa doença, causando grandes impactos na vivência da sexualidade. Cabe evidenciar que casais sorodiscordantes são uniões conjugais em que um dos parceiros está infectado pelo HIV e o outro não.

Segundo esse mesmo autor não basta que as PVHA tenham acesso aos preservativos e que estes sejam de boa qualidade, é preciso desenvolver estratégias de enfrentamento do risco sexual com intuito de diminuir a tensão entre a preocupação com uma possível contaminação

e o desejo de permanecer sexualmente ativo, portanto, faz-se necessário a atuação de uma equipe multiprofissional e a preparação desses para oferecer uma assistência integral, considerando os aspectos psicossociais advindos do diagnóstico de HIV positivo na vida dessas pessoas.

Após a descoberta do diagnóstico, algumas pessoas vivenciam um intenso sofrimento de angústia, tristeza e medo diante das possíveis e incertas mudanças de fatores e aspectos que interferem no seu contexto de vida. É frequente o medo do afastamento do (a) companheiro (a) e das mudanças conjugais decorrentes da revelação ao soronegativo (PONTES, 2011), como foi evidenciado nos seguintes relatos.

[...] não vou negar, tenho muito medo do dia que tiver que dizer, ou algum dia que de repente algo não dê certo sei lá, e que isso nunca aconteça, que ele seja infectado, isso eu não quero de jeito nenhum, se isso viesse acontecer, eu não me perdoaria [...]. (Maria 1)

[...] quando ele descobriu (ex-parceiro) não teve coragem de contar, assim como eu, que não tenho coragem de contar com quem estou me relacionando atualmente. [...] a gente acaba ficando um pouco egoísta e querendo a pessoa, por gostar da pessoa, você acaba escondendo, porque você pensa muito em você, e se eu contar talvez eu não fique com a pessoa [...]. (Maria 1)

O diagnóstico de HIV/AIDS confere a mulher varias possibilidades de medo como medo da solidão, do termino do relacionamento, da rejeição, de ser abandonada e principalmente de contaminar o parceiro, e para que isso não aconteça, essa mulher faz de tudo para esconder e negar seu status sorológico.

Segundo Bauman (2008), medo é um sentimento conhecido por todos os seres humanos e animais, e pode acontecer em decorrência de diversos fatores que permeiam o passado, o presente e o futuro do indivíduo.

O depoimento dessa outra mulher demonstra medo de se envolver com alguém e transmitir o vírus da AIDS.

Não (tem parceiro sexual), nem faço questão de ter. Morro de medo que alguém diga foi você que fez isso comigo. (Maria 5)

Esse tipo de pensamento de isolamento, medo, solidão pode implicar diversas explicações desde uma forma que essa mulher encontrou para esconder o que realmente

deseja e expressar apenas o que acha que é conveniente o entrevistador ouvir, ou até mesmo como uma forma de proteção, já que se trata de uma doença estigmatizada. Além disso, a de convir que o medo do julgamento e preconceito faz com que algumas pessoas escondam a realidade sobre sua vida afetiva e sexual.

Segundo Oliveira et al. (2015) a soropositividade para o HIV constitui uma ameaça constante tanto física quanto psicológica, a qual prejudica as relações sociais, pois, a cada encontro, surge o medo do desconhecido, levando ao temor de se envolver em um novo relacionamento. Esse temor é expresso como outra repercussão do HIV, que decorre de vários fatores, inclusive o preconceito e a falta de informação sobre medidas de proteção.

Associado a esse medo algumas mulheres além de culpabilizar os parceiros, se culpam pela soropositividade, como foi ressaltado por essas mulheres:

[...] a culpa não é só dele porque ele não fez sozinho, o descuido não foi só dele, foi meu também, eu poderia ter dito, a gente precisa usar a camisinha, e até porque ele já tinha um relacionamento, por mais uma razão pra eu querer ter meus cuidados, [...] não imaginava que mais pra frente eu passaria por um transtorno maior que era o diagnostico. (Maria 1)

Minha reação foi essa tranquila, como to conversando com você, já esperava, desde que ele (ex-marido) faleceu eu tinha que ter tomado minhas providencias. (Maria 5)

Essas mulheres apresentaram conhecimento em relação a sua vulnerabilidade individual de ter adquirido o vírus da AIDS, ao destacar a importância de práticas seguras de prevenção, principalmente pelo fato do parceiro ter outro relacionamento, no entanto, percebe-se que para algumas pessoas a AIDS ainda é vista como a doença do “outro”, distante da pessoa, e acaba fechando os “olhos” para as situações de susceptibilidade a infecção, acreditando que o amor cria imunidade contra a contaminação pelo HIV. Além disso, a descoberta de soropositividade significa para Maria 1 um verdadeiro pesadelo, frente aos vários desafios vivenciados pelo diagnóstico.

O estudo realizado por Oliveira et al. (2015) sobre repercussões do HIV no cotidiano de mulheres vivendo com AIDS, corrobora com esse, ao afirmar que, após o diagnóstico as mulheres demonstraram sentimento de culpa, principalmente quando passaram a refletir sobre o comportamento que tiveram no passado.

Segundo resultado de um estudo realizado, no Rio de Janeiro, as mulheres temem que a revelação do diagnóstico desencadeie acusações de infidelidade conjugal e culpabilização pela infecção, já que, a assimetria de poder prevalente na sociedade permite aos homens

“proteção” de julgamento de infidelidade mesmo diante de comportamentos que gerem depreciação social (ANDRADE, IRIART, 2015).

No entanto, a partir dos discursos de algumas mulheres percebe-se que após o diagnóstico houve situações em que as mulheres sentiam-se vítimas e colocavam a culpa pela infecção apenas no ex-marido ou parceiro.

[...] não foi esse meu marido que me passou HIV, foi o pai dos meus meninos que passei 10 anos junto e já morreu, vai fazer 2 anos de falecido, nunca foi no médico pra dizer se era verdade ou mentira, nunca tomou remédio, dizia que não tinha pra dizer que era o bom, mas tinha [...]. (Maria 6)

[...] peguei do relacionamento anterior e não sei nem explicar [...]. (Maria 8)

Essas mulheres responsabilizam o ex-parceiro pela sua soropositividade ao HIV, entretanto, desconsideram a possibilidade de ter adquirido o vírus em outras relações ou através de outras vias de transmissão, já que na fase de incubação dessa doença a pessoa pode levar anos com o vírus sem apresentar manifestações clínicas. Dessa forma, não deve ser atribuída culpa ao parceiro, já que não houve nenhum relato da realização do teste sorológico antes de iniciar a relação.

O diagnóstico positivo para HIV trouxe grande impacto na vida dos sujeitos do estudo, não só na vida sexual, mas também na vivência de situações de discriminação e preconceito, como foi evidenciado nas seguintes falas:

[...] a família dele não queria ele comigo por causa dessa tal enfermidade e hoje ele ta casado e eu to aqui em busca de um varão [...]. (Maria 11)

[...] o que eu temo é o preconceito pela doença, não encostava de junto de ninguém [...]. (Maria 5)

Infere-se que o receio de algumas mulheres em compartilhar seu diagnóstico pode estar relacionado ao estigma construído socialmente ao longo dos anos em torno da AIDS. Além disso, a fala de Maria 5 demonstra comportamento de isolamento como uma forma de proteção, devido ao medo de ser estigmatizada, rejeitada e vítima do preconceito das pessoas.

O estigma, a discriminação e o preconceito são aspectos que dificulta à prevenção, o cuidado e o tratamento das PVHA. O estigma relacionado ao HIV consiste das atitudes negativas para com as pessoas soropositivas ou suspeitas de estarem infectadas pelo vírus e

com aqueles que foram afetadas pela doença, como órfãos, crianças e famílias das pessoas que apresentam esse diagnóstico. Nesse contexto, discriminação significa qualquer ação arbitrária de distinção, exclusão ou restrição afetando pessoas, devido diagnóstico de HIV positivo, seja confirmada ou suspeita (UNAIDS, 2006).

Já o conceito de preconceito esta associado há um pré-julgamento, que caracteriza o exercício da sexualidade e os sujeitos, como normal ou anormal, fragmentando as pessoas, pois existem diversas formas de vivenciar a sexualidade, dificultando a definição do que seja normal em termos de atitudes e comportamentos sexuais (SOUTO et al., 2009; REIS et al., 2011).

O preconceito e a discriminação que algumas PVHA sofrem podem ser provenientes do meio social, profissional e até mesmo pelos familiares, como foi relatado por essa mulher:

[...] Conteí apenas para meu atual namorado, porque minha mãe é muito preconceituosa e eu vejo o que ela faz com a minha tia que também é soropositiva [...]. (Maria 10)

Essa fala demonstra o medo da renúncia pelos familiares diante da revelação do diagnóstico, pois a mesma já tinha conhecimento das atitudes de preconceito que a mãe poderia apresentar, e no intuito de manter uma relação próxima e sem alterações prefere não compartilhar. Além disso, destaca-se a importância da confiança, vínculo e do apoio do parceiro para o compartilhamento do diagnóstico. Resaltando a necessidade de compreender a sexualidade das PVHA e estimular a construção de relacionamentos que contribuam para o crescimento pessoal, que ajudem na superação das dificuldades e fortaleçam a autoestima.

Um estudo realizado por Andrade e Iriart (2015), assemelha-se a este ao identificar que as mulheres ocultavam seu diagnóstico, inclusive para os familiares mais próximos, como forma de se proteger de uma possível discriminação.

Referente à relação com o parceiro após o compartilhamento do diagnóstico, essa mesma paciente informa que:

[...] nos primeiros três dias ele ficou bem estranho para absorver, e depois ele aceitou de boa. Eu acho que se eu fosse ele eu teria sumido, mas ele aceitou de boa. Disse que estava apaixonado pra desistir [...]. (Maria 10)

Esta fala demonstra preconceito até mesmo por parte dessa mulher que apresenta diagnóstico, ao referir término do relacionamento se estivesse no lugar do seu parceiro.

Destacando a importância do profissional da saúde trabalhar as repercussões do estigma e preconceito frente à vivência da sexualidade.

Na fala de outra mulher observam-se sentimentos de tristeza e revolta pelo abandono dos amigos, e pela dificuldade de encontrar um emprego demonstrando a vivência de preconceito e discriminação. Essa mulher conclui sua fala evidenciando a desistência por um novo emprego, mostrando que o diagnóstico de HIV interferiu de forma abrupta na sua vida social, familiar e profissional.

[...] houve o comentário que tá de HIV, que me prejudicou tanto, portas de trabalho se fecharam pra mim, os amigos correram todos, isso pra mim foi uma desgraça na minha vida, mas dei a volta por cima graças a Deus. To levando minha vida pra na hora certa aposentar. Hoje levo minha vida normal, não sou de perder noite, me alimento bem, não sou de muita farra [...]. (Maria 5)

Afirmando os achados do presente estudo, Oliveira et al. (2015) traz algumas das consequências da revelação do diagnóstico à sociedade, como a possibilidade de sofrer preconceito ou ser apontada como uma pessoa marcada por algo ruim que leva à morte, contribuindo para o receio da socialização dessa doença.

Nesse estudo algumas mulheres também demonstraram esta com a sua autoestima baixa, conforme o relato a seguir:

Talvez ninguém me queira. Eu desejo, peço a Deus, mas ele deve ta preparando. (Maria 11)

[...] eu dizia nossa e agora não vou poder mais arranjar um namorado, agora eu não vou poder mais namorar, não vou poder mais sentir o sabor do que é o amor, eu achava que eu não ia poder mais. (Maria 1)

Infere-se que a baixa autoestima pode estar associada aos sentimentos vivenciados diante do estigma e preconceito criado socialmente em torno da AIDS, já que durante anos essa doença foi caracterizada principalmente pela homossexualidade e por práticas promíscuas. Um ponto positivo dessas falas é o fato da mulher se permitir encontrar um novo parceiro, onde Maria 1 conclui seu relato dizendo que todos os dias agradece a Deus por ter lhe dado uma nova oportunidade de encontrar alguém que tem muito cuidado com ela, que dá carinho e amor.

De acordo com alguns estudos, o diagnóstico de HIV positivo faz com que a importância da vida sexual e afetiva seja relativizada por algumas pessoas, podendo inclusive

não ser mais vivenciada, em decorrência das consequências emocionais e sociais associadas ao diagnóstico, principalmente pelos sentimentos que foram citados no decorrer desse estudo, como culpa, insegurança, medo do julgamento, de infectar o parceiro, do preconceito, discriminação e pela necessidade de inserir o preservativo na relação (SOUTO et al., 2009; RANGEL, CABRAL, ZUCCO, 2012; OLIVEIRA et al., 2015)

Dessa forma, a sexualidade é um aspecto da vida bastante comprometida pelo impacto do diagnóstico de HIV/AIDS. Algumas das repercussões desse diagnóstico na relação sexual é a redução da atividade sexual, diminuição da libido e/ou cessação, levando em muitas situações a abstinência sexual (SIEGEL, SCHIRIMSHAW, LEKAS, 2006; REIS et al., 2011).

A redução da atividade sexual e diminuição da libido em PVHA são um dos aspectos bastante discutido na atualidade, e foi referido por uma das colaboradoras desse estudo.

Ficou meio fria a relação sexual, a gente evita um pouco mais [...]. (Maria 3)

Conforme o relato dessa mulher houve redução do desejo sexual tanto para ela como para seu parceiro, podendo associar a forma como a vida sexual do casal é vista após o diagnóstico. Quando questionado sobre a reação do seu parceiro após o compartilhamento a mesma refere que ele teve reação de surpresa, passava a mão no rosto e ficava dizendo alguns textos bíblicos, e desde então, passaram a utilizar a camisinha, no entanto, é perceptível que a lembrança do diagnóstico ainda interfere no relacionamento do casal.

Os resultados do estudo realizado no Rio de Janeiro com oito participantes corroboram com este ao discutir as dificuldades apresentada pelas mulheres entrevistadas referentes à vida sexual após a soropositividade (RANGEL, CABRAL, ZUCCO, 2012).

A redução da libido pode ser provocada por qualquer doença crônica que tenha impacto direto sobre a sexualidade das pessoas envolvidas, e não necessariamente é uma condição específica da AIDS (REIS, GIR, 2010).

Em relação às pessoas que vivem com essa doença percebe-se que a dificuldade na manutenção e restabelecimento do exercício da sexualidade esta associada tanto aos processos orgânicos, quanto aos fatores psicossociais e aos efeitos colaterais da terapia antirretroviral, visto que, alguns medicamentos podem causar cansaço, alterações no sono e cefaleia, sintomas que podem levar à diminuição do desejo sexual (RANGEL, CABRAL, ZUCCO, 2012).

Dessa forma, a diminuição do prazer sexual pode estar associada a diversos aspectos e fatores, dentre eles, ao estigma, preconceito, depressão, aos sentimentos de tristeza, medo e

até mesmo como uma das reações adversas de alguns antirretrovirais (ARV), a exemplo o saquinavir conforme a bula dessa medicação.

Percebe-se que o impacto do diagnóstico na vida afetiva e sexual é muito forte, principalmente pelo fato da via sexual ser a principal forma de infecção pelo HIV, criando uma objeção a respeito.

Dessa forma, o profissional de saúde deve ser capacitado para lidar com essas questões a fim de não subestimar este aspecto da vida das mulheres soropositiva, que pode estar relacionado a diversos fatores e não se restringe aos processos biológicos da doença. Essas pessoas devem ser assistidas de forma que estejam à vontade para compartilhar essa situação com naturalidade, favorecendo o exercício de sua sexualidade (TENÓRIO et al., 2015).

Além da diminuição da libido, percebe-se que algumas mulheres decidiram por restringir ou abolir suas práticas sexuais, visto que, das doze entrevistadas cinco não tiveram relação sexual após o diagnóstico, sendo que, destas apenas duas justificaram a ausência pelo óbito do parceiro e não ter iniciado um novo relacionamento. As demais relatam não ter se envolvido sentimentalmente ou sexualmente com outras parcerias por influência do diagnóstico, como foi evidenciado nos trechos abaixo:

[...] Não tive mais (relação sexual), me afastei das pessoas [...]. (Maria 4)

[...] Não tive relação sexual com ele (ex-marido) depois que descobri. Antes de eu descobrir que a gente tava doente tinha relação e depois não [...]. (Maria 11)

Percebe-se que após a soropositividade essas mulheres vivenciaram situações que interferiram na sua sexualidade, inclusive na atividade sexual, como rejeição pelo parceiro, medo de se envolver em outro relacionamento e atitudes de isolamento pela própria pessoa que tem o diagnóstico. Podendo inferir que um dos fatores associado à abstinência sexual dessas mulheres pode estar relacionado ao trauma de ter sido contaminada através da relação sexual, já que essa foi à única via de infecção referida pelas mulheres desse estudo.

Nessa fala da para perceber um sentimento de tristeza e sofrimento, destacando a invisibilidade frente à sexualidade dessas mulheres, e surge o questionamento será que é oportunizado as mulheres falarem sobre isso no serviço? Será que as queixas estão sendo valorizadas de fato como deveriam ser?.

Além disso, não deve ser ignorado o fato que os efeitos colaterais de alguns ARV interferem no desejo sexual, e conseqüentemente na qualidade de vida do usuário, devendo

ser estabelecida a conduta adequada frente a essa situação, já que atualmente contamos com uma ampla quantidade de ARV disponível no SUS.

O profissional da saúde deve cuidar da saúde dessas mulheres na visão macro, visto que, para uma melhor qualidade de vida não basta ter uma boa adesão à terapia medicamentosa e ter sobcontrole a carga viral e o aumento do CD4, essas mulheres precisam ser assistidas de forma integral, é preciso conhecer suas necessidades, o motivo que esta levando ao isolamento social e a redução da libido, pois para elas talvez seja muito mais importante à relação sexual com o parceiro do que apenas a medicação.

Diante disso, percebe-se que a necessidade de acompanhamento com a psicóloga do serviço não é apenas daquela mulher que não adere à terapia medicamentosa, mas, também da mulher que adere e apresenta outras questões que perpassa a doença em si, mais envolve toda a repercussão do diagnóstico na vivência da sexualidade.

Sendo assim, os profissionais que atuam nesse serviço precisam estar preparados para realizar o encaminhamento e a triagem de forma adequada, visto que, além de se tratar de uma doença em que o usuário precisa ser acolhido, assistido, escutado e aconselhado, contamos com um dimensionamento de profissionais reduzido comparado a demanda e a necessidade das pessoas.

Os resultados do estudo de Paiva et al. (2002), que investigou a sexualidade de mulheres portadoras do HIV/AIDS, corrobora com esse, ao afirmar que o medo da transmissão do HIV é um dos principais motivos que justificam a dificuldade das mulheres vivenciar a sexualidade de forma positiva.

Diante dos depoimentos pode-se dizer que a sexualidade dessas mulheres foi atingida. Para algumas a sexualidade foi afetada negativamente, no entanto, para outras a descoberta do diagnóstico não prejudicou a vivência de sua sexualidade no que se refere aos sentimentos e as demonstrações de carinho pelo parceiro e a busca pelo prazer.

A relação sexual não mudou após o diagnóstico. (Maria 9)

Melhorou mais, ficou mais amoroso, tinha que ter umas briguinhas né.
(Maria 6)

[...] só prazer mesmo, mas menstruada eu não transo não, prejudica. (Maria 6)

Percebe-se que apesar das dificuldades advindas com o diagnóstico, essas mulheres conseguiram refazer e manter sua vida afetiva e sexual, resultado que também foi encontrando no estudo de Reis e Gir (2010).

De acordo com Oliveira et al. (2015) o dialogo entre o casal sobre sexualidade, após revelação do diagnóstico, contribui com a descoberta de novas formas de trabalhar o desempenho sexual e para uma melhor qualidade da relação.

Desse modo, compartilhar o diagnóstico com o parceiro pode ajudar no enfrentamento da doença, pois o apoio e o cuidado recebido possibilita expressar anseios, inseguranças e descobrir novas formas de enfrentar as repercussões da doença e vivenciar a sexualidade (PAULA, TAKAHASHI, PAULA, 2009). De acordo com o depoimento de algumas mulheres percebe-se que a descoberta do seu status sorológico aliado ao fortalecimento dos laços afetivos fez com que redescobrissem a sua sexualidade.

Meu atual parceiro sabe, tanto que ele quer vir me acompanhar nas consultas. Eu não fiquei tão desesperada como tem muita gente que fica, dizendo ah vou me matar. (Maria 10)

Inferese com essa fala a importância do apoio emocional e do estabelecimento/manutenção do relacionamento amoroso para superação dos impactos emocionais e sociais diante da descoberta da soropositividade, visto que, algumas mulheres passam a vivenciar situações de depressão, isolamento, autoestima baixa e até mesmo, desejar a própria morte, como já foi referido pela colaboradora.

Fica evidente a tranquilidade, segurança e o empoderamento frente à vivência do diagnóstico demonstrado por Maria 10 que conta com o apoio, confiança, cuidado e carinho do seu companheiro. Esse suporte emocional é fundamental para adesão ao tratamento, diminuição da carga viral, aumento do CD4 e uma melhor qualidade de vida, pois inúmeras PVHA vivenciam um conflito interno diante da necessidade de omissão sobre seu diagnóstico para a família e o parceiro, visto que, em algumas situações precisa ficar “criando” motivos para justificar suas saídas à consulta, o uso contínuo dos ARV e os efeitos colaterais decorrente do mesmo, como foi encontrado em vários relatos das entrevistadas.

As PVHA precisam ser empoderadas da sua condição de soropositividade, saber que isso não é um problema, é uma doença, que precisa de acompanhamento, tratamento, e ter conhecimento da importância do uso de medidas de proteção para evitar a contaminação e reinfeção.

Diante disso, os profissionais da saúde precisam desenvolver um olhar mais “sensível” no tratamento e acompanhamento das pessoas que se isolam, ficam traumatizadas, referem dificuldades na vida afetiva e sexual, perdem o desejo sexual e não contam com um suporte emocional e social, seja por parte da família, amigos e companheiro, visto que, estamos falando de uma doença que atualmente é possível conviver e ter uma sobrevida maior, no entanto, as pessoas ignoram o fato de que a sexualidade é vida e que esta intimamente relacionada com todos os aspectos e fatores que propicia uma melhor qualidade de vida.

De acordo com Norgren et al. (2004) as relações amorosas são aspecto central da vida adulta, de modo que traz implicações não só à saúde física, mas também à saúde mental de homens e mulheres.

Além disso, percebe-se que após o diagnóstico algumas mulheres desenvolveram responsabilidades em relação a si mesmo e ao parceiro.

Eu dou muito mais valor a vida hoje, muito mais!. (Maria 7)

Hoje levo minha vida normal, não sou de perder noite, me alimento bem, não sou de muita farra. (Maria 5)

Hoje eu quase me sinto uma pessoa normal, só com as precauções e cuidado maior com a alimentação, porque são medicações fortes, a gente tem que se alimentar direitinho, ter umas horas de sono bem organizada, porque você acaba baixando o sistema imunológico. (Maria 1)

Essas mulheres passaram a ver a vida de outra forma, reconheceram a morte como uma possibilidade e optaram por desenvolver responsabilidades ao cuidar mais da sua saúde e do outro, como uma forma de prevenir a contaminação do seu parceiro. A fala de Maria 5 mostra que após o diagnóstico houve mudanças na forma de viver, passando a ter comportamentos que eram incompatíveis com os hábitos da vida anterior.

Desse modo, a forma como as pessoas irão lidar com a sexualidade após o diagnóstico de HIV/AIDS dependerá também da qualidade da assistência, do apoio e das orientações que receberem nesse processo (REIS, GIR, 2010). Um das colaboradoras, desse estudo, destaca a importância do profissional de saúde nesse processo, após ser questionado sobre as mudanças no relacionamento frente à soropositividade.

A mesma coisa. Não mudou não, ficou até melhor (risos). Porque a psicóloga explicou tudo pra ele aí ele ficou até melhor. Tá mais meigo, dá mais atenção [...]. (Maria 8)

Essa fala destaca a importância do aconselhamento, orientações e acompanhamento do casal por um profissional de saúde capacitado nessa área, contribuindo para o enfrentamento dos estigmas, preconceito e discriminação que ainda existe.

Dessa forma, é de fundamental importância que as PVHA sejam assistidas por uma equipe multiprofissional, sendo avaliada desde o aspecto biológico da doença, a adesão medicamentosa, até as implicações psicossociais (REIS, GIR, 2005).

Sobre outras formas de enfrentamento da doença, uma paciente destaca a religião como um suporte significativo para enfrentar as dificuldades advindas do diagnóstico.

[...] tem horas que vem a lembrança que eu estou com esse problema, depois a gente (o casal) esquece e entrega na mão do Senhor e a gente sempre assim mantém a fé e a esperança que o Senhor está sempre cuidados de nós [...].
(Maria 3)

Essa paciente refere que quando ficou sabendo do diagnóstico pelo médico seu parceiro estava presente e foi um susto para ambos, mas que estão tentando enfrentar as repercussões desse diagnóstico com base na crença religiosa.

Conforme alguns estudos a religiosidade tem sido vista como um suporte emocional para as PVHA, pois possibilita vivenciar sentimento de conforto, força e poder, além de, diminuir a carga emocional da doença, permitir o alívio do medo e incerteza perante a morte (SIEGEL, SCHRIMSHAW, 2002; FARIA, SEIDL, 2006).

Diante dos discursos apresentados destaca-se a importância de uma olhar diferenciado em relação à sexualidade dessas mulheres, visto que, o profissional da saúde não pode ignorar o fato de que as repercussões do diagnóstico na vida da maioria das mulheres desse estudo esta causando sofrimento, tristeza, medo, trauma e isolamento, além disso, os profissionais dispõem de varias estratégias como o conhecimento, o vínculo que pode ser desenvolvido e outras, que quando trabalhadas em conjunto favorecer o empoderamento dessas mulheres diante da soropositividade e contribuir para uma melhor qualidade de vida com segurança.

4.1.3 A CAMISINHA NAS RELAÇÕES SEXUAIS

Ao compreender a sexualidade das mulheres infere-se que a maioria apresenta conhecimento deficiente e restrito no que se refere à importância do uso da camisinha após o diagnóstico, visto que, para algumas houve banalização do uso do preservativo, para outras o

uso se restringia apenas a proteção do parceiro e para evitar uma gravidez indesejada, principalmente pelo medo da contaminação de um filho por transmissão vertical.

Logo, percebe-se que a maioria das colaboradoras mantinha vida sexual e afetiva ativa. Referente ao uso da camisinha após o diagnóstico apenas cinco das doze entrevistadas referiu fazer uso. Duas, que também informou estar com parceiro fixo, não faziam pelo fato do parceiro também ser soropositivo. E cinco não apresentavam relacionamentos fixo e não faziam uso de nenhum método contraceptivo.

Desse modo, percebe-se que algumas colaboradoras pareciam não considerar que possuíam comportamentos de risco para contrair outras IST's (infecções sexualmente transmissíveis) e de contaminar o parceiro, conforme o relato a seguir quando questionado sobre o uso do preservativo com o parceiro atual:

[...] se falta é difícil. Mas já fiz sem usar preservativo. (Maria 8)

É perceptível a coragem, confiança e segurança no depoimento dessa mulher ao relatar que mesmo após o diagnóstico teve relação sem uso da camisinha, destacando a adequada abordagem utilizada pela pesquisadora que fez essa entrevista, pois inúmeras PVHA não fazem uso e não gostam, no entanto, sentem medo e vergonha de falar sobre sua sexualidade e do não uso do preservativo, criando um bloqueio, uma resistência, que na maioria das vezes esta relacionado ao estigma e preconceito que existe em torno da AIDS, que talvez seja demonstrado tanto pelas pessoas que apresentam o diagnóstico como pelos próprios profissionais da saúde.

Essa é a realidade de varias outras mulheres que disseram utilizar camisinha por medo de inúmeras situações e talvez por não se sentir a vontade em conversar sobre sua sexualidade após o diagnóstico, visto que, se trata de um aspecto pouco discutido e abordado por alguns profissionais, mas que interfere diretamente na qualidade de vida das PVHA.

De acordo com o estudo sobre adesão ao uso do preservativo, realizado no mesmo local de pesquisa do presente estudo, com pessoas que realizaram testagem sorológica para HIV, sífilis, hepatite B e C e outros, dos 735 entrevistados 349(47,5%) afirmaram não fazer uso de insumo de prevenção com o parceiro fixo e 63(8,6%) dizem não usar com o parceiro eventual (ALVES, 2016), dessa forma, percebe-se que quase metade da população do estudo não usa camisinha com o parceiro fixo, dado significativo, pois espera-se que após o diagnóstico as pessoas passem a utilizar em todas as relações sexuais caso não deseje

engravidar, no entanto, isso não é uma realidade conforme os dados apresentados anteriormente.

De acordo com o estudo de Reis e GIR (2009) percebe-se que a resistência do indivíduo soropositivo ao HIV ao uso da camisinha e o reduzido conhecimento do parceiro sobre o risco de infecção, interfere na implementação de medidas de proteção de forma efetiva, mostrando que a camisinha não é utilizada durante todas as relações de muitos casais sorodiscordantes.

Sabe-se que o diagnóstico de HIV/AIDS trás grandes repercussões na vida afetiva e sexual e o uso do preservativo é a principal medida de proteção para evitar a contaminação e reinfeção, no entanto, contrapondo os resultado do estudo supracitado Maksud et al. (2002) informa que muitos casais optam por não utilizar a camisinha não por falta de informação sobre o risco de infecção, mais como uma prova de amor, fidelidade e como forma de aumentar a união entre o casal, como se a proteção quanto ao vírus significasse um afastamento.

Com isso surge a importância de questionar sobre de que forma a sexualidade dessas mulheres estão sendo vista, será que os profissionais da saúde têm conhecimento dos impactos do diagnóstico na vida afetiva, sexual, social, familiar e sobre a baixa adesão em relação ao uso da camisinha, e se esses profissionais tem conhecimento quais estratégias estão sendo utilizadas para melhorar a qualidade de vida dessas mulheres e reduzir a notificação de novos casos de infecção pelo HIV.

Diante dessa situação destaca a necessidade dos profissionais conhecer melhor a sexualidade das PVHA, tendo em vista que o advento da terapia antirretroviral (TARV) e a profilaxia pós-exposição sexual (PEP sexual) são estratégias ainda pouco conhecidas se comparadas ao uso do preservativo masculino e feminino, e que podem ser utilizadas em situações em que a parceria soronegativa teve algum tipo de exposição que pode levar a infecção pelo HIV (SAID, SEIDL, 2015).

Outra estratégia recomendada pela OMS e UNAIDS é a testagem conjunta para casais sorodiscordantes ou soroconcordantes, com o intuito de diminuir o diagnóstico tardio da infecção pelo HIV e possibilitar o apoio mutuou entre os parceiros, tendo um impacto maior sobre as práticas sexuais do que a testagem individual. A partir do diagnóstico positivo do HIV em um dos parceiros a TARV poderia ser oferecida, diminuindo assim o risco de transmissão para o parceiro negativo, além disso, poderia ser prescrita a PEP sexual para o parceiro negativo, em caso de rompimento do preservativo, prevenindo a aquisição da infecção pelo HIV (OMS, 2012; UNAIDS, 2010).

A eficácia da PEP sexual é maior nas primeiras horas pós-exposição, sendo recomendado que os antirretrovirais comecem a ser ingeridos até 72 horas após a exposição ao risco, e que seu uso tenha continuidade por 28 dias. Este procedimento deve ser disponibilizado a toda e qualquer pessoa garantindo a proteção a eventualidades ocorridas durante relações sexuais com pessoa soropositiva ou com pessoa que não tem conhecimento da sorologia, como nas situações de violência (SAID, SEIDL, 2015). Além disso, existe a terapia pré-exposição sexual (PrEP -pre-exposure prophylaxis) que significa a disponibilização da TARV antes de possível exposição ao HIV em relação sexual desprotegida, no entanto, essa estratégia não é adotado ainda no Brasil (MUESSIG, COHEN, 2014).

Em relação aos casais soroconcordantes, desse estudo, percebe-se que o uso da camisinha também foi banalizado e abolido, como foi referido nas seguintes falas:

[...] o médico manda a gente usar (camisinha), que ele tem e eu tenho também (status sorológico de HIV positivo), que o sangue não é igual né, eu não uso não, ele também não, eu não ligo. (Maria 6)

Temos relação sem camisinha porque eu e ele, temos o vírus. Apesar de que tá errado, mas a gente faz assim mesmo. (Maria 9)

Agora se eu não tivesse doente poderia até usar esse negócio, mas agora que já tô doente e já tenho meu parceiro, pra que vou usar?! Vai proteger o que mais, só as outras doenças que diz que o corpo tá imune, por mim!. (Maria 6)

É perceptível a coragem e confiança dessas mulheres em compartilhar essa informação como também foi identificado no diálogo anterior, além disso, algumas demonstram conhecimento sobre o risco de contrair outras IST's e da reinfecção, no entanto a baixa adesão a práticas preventivas pelos casais soroconcordantes pode ter sido influenciada pela dinâmica das relações afetivas e sexuais desenvolvida, e principalmente pelo contexto criado socialmente que sexo desprotegido significa maior intimidade e confiança entre o casal, o que culminou em uma situação de vulnerabilidade e inadequação do tratamento.

O resultado do estudo de Said e Seidl (2015) corrobora com esse ao discutir a banalização do uso do preservativo pelos casais soroconcordante, justificada pelas participantes pelo fato da infecção pelo HIV já ter ocorrido, não havendo necessidade de preocupação do casal. Além disso, percebe-se que o medo de transmitir o vírus ao parceiro

soronegativo funciona como um fator motivador para a utilização da camisinha, bem como a adoção de outras práticas preventivas (PEP sexual) nas relações sorodiscordantes.

Dessa forma, ressalta a necessidade dos profissionais da saúde estarem atentos a essas situações e desenvolver um aconselhamento em conjunto para o casal soroconcordante, visando à redução da reinfecção e infecção por outras DST.

Outra situação identificada foi o não uso do preservativo influenciado pela soberania da vontade do parceiro que também é soropositivo.

Não que eu não queira, eu até usaria, só que ele não gosta. Então eu acho que até agora não está me prejudicando em nada [...]. (Maria 9)

Esta evidente a prevalência da assimetria de poder na relação do casal, fator esse que associado à resistência e a falta de informação sobre o uso correto da camisinha feminina, como foi referido pela maioria das entrevistadas, favorece o sexo desprotegido, ou seja, a mulher submete-se às vontades do parceiro e coloca em risco a saúde por amor, por convivência ou irresponsabilidade.

Em um estudo realizado por Jones et al. (2013), com 216 casais, sobre estratégias de redução de risco de infecção entre casais soroconcordantes e sorodiscordantes, percebeu-se uma maior adesão as práticas seguras quando o uso de preservativos feminino, masculino e de lubrificante estavam associado ao conhecimento sobre a sorologia do(a) parceiro(a). Para algumas mulheres desse estudo houve mudança da concepção sobre a importância do uso da camisinha após o diagnóstico, inserindo o uso do mesmo em todas as relações com medo de contaminar o parceiro, conforme os relatos a seguir ao questionar sobre o uso do preservativo:

Antes eu não utilizava, mas agora tem que utilizar né?! Por causa do vírus. [...] evitar que aconteça a mesma coisa (contaminação do parceiro). (Maria 1)

Sim (usa camisinha). Pra evitar que ele pegue também, nhe? [...] quando um não quer dois não briga. Se ele não quer usar camisinha eu também não quero namorar (risos). (Maria 10)

Não é muito confortável, mas eu me sinto mais segura em relação mais até o meu parceiro do que a mim mesmo [...]. (Maria 3)

Percebe-se que ao responder à pergunta as entrevistadas aguardavam a aprovação ou reprovação das pesquisadoras, que pode ser demonstrado através da linguagem não verbal. Dessa forma, a fala de Maria 1 não responde se usa ou não a camisinha, instigando a opinião do entrevistador, talvez com medo do julgamento diante da sua resposta. Além disso, infere-se também um conhecimento fragmentado sobre a importância do uso da camisinha e atitudes de banalização em relação à própria proteção diante dos riscos de infecção por outras IST's e reinfeção com cepas mais resistentes do vírus, demonstrando preocupação apenas com a contaminação do parceiro caso não utilizem o preservativo.

Já para outras mulheres o uso do preservativo é utilizado como forma de prevenir uma gravidez indesejada, devido principalmente ao medo da transmissão vertical, conforme mostra os relatos, ao ser questionado sobre o uso da camisinha:

Antes eu não utilizava, mas agora estou utilizando, porque tem que evitar né, pra não engravidar, por causa do vírus, evitar que tenha, que engravide de novo e cause a mesma situação. (Maria 1)

Gravidez agora eu não quero não, tô meio traumatizada. Só tem um ano que eu tive o aborto. (Maria 10)

Percebe-se que a possibilidade de transmissão vertical do vírus é uma inquietação presente na vida dessas mulheres, dessa forma, é de extrema importância orientações sobre adoção de práticas de dupla proteção, ou seja, uso combinado da camisinha masculina ou feminina com outro método anticoncepcional, visando à prevenção simultânea da gravidez indesejada, transmissão do HIV e aquisição de outros vírus.

A saúde reprodutiva das pessoas que vivem com HIV/AIDS deve ser respeitada e assegurada através dos cuidados e orientações necessários para a concepção, visto que, o desejo de ter filhos entre casais sorodiscordantes e soroconcordantes ainda imprime, nos dias atuais, uma situação conflituosa através da possibilidade da transmissão do vírus para o bebê ou de limitações físicas para o cuidado deste, frente às concepções sociais sobre o adoecimento e estigmas relacionadas à AIDS (AZEVEDO, GUILHEM, 2005),

O estudo realizado por Araújo et al. (2014) corrobora com os achados desse estudo, ao afirmar que o desejo de não engravidar das entrevistadas está associado ao medo de transmitir o vírus da AIDS para o filho, a necessidade de inibir a amamentação, aos efeitos do tratamento e as consequências sociais e morais que afetariam seu filho.

Segundo o Manual de Saúde Sexual e Reprodutiva do Ministério da Saúde (2013) as mulheres com HIV/AIDS em terapia ARV podem fazer uso de anticoncepcionais hormonais, desde que, seja observada as possibilidades dos medicamentos antirretrovirais aumentar ou diminuir a biodisponibilidade dos hormônios esteroides dos anticoncepcionais hormonais. Além desse método, a mulher com HIV também pode utilizar o DIU, sendo contra indicado seu uso para a mulher com AIDS, a menos que esteja clinicamente bem ou em terapia ARV.

Referente à importância do uso da camisinha como medida de proteção para a pessoa que apresenta o diagnóstico de HIV positivo, foi perceptível apenas na fala a seguir:

Me sinto protegida. Eu gosto de usar e já que no início eu usava eu acostumei. (Maria 11)

Percebe-se uma maior adesão ao uso da camisinha após o diagnóstico quando a pessoa tem conhecimento da importância do uso como medida de proteção e/ou quando já fazia uso anteriormente como foi evidenciado no relato.

Neste sentido, cabe aos profissionais da saúde assistir de forma integral os casais sorodiscordantes e soroconcordante, orientando sobre a importância da adoção e manutenção de estratégias preventivas, as formas de transmissão da doença (inclusive a transmissão vertical), explorando a expectativa, o interesse de engravidar e as condições psicológicas e socioeconômicas da mulher.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir desse estudo foi possível compreender que a sexualidade dessas mulheres ainda apresenta pouca importância frente à vivência do diagnóstico de HIV/AIDS e o tratamento fornecido. Percebe-se que não é algo abordado como prioridade no seu tratamento, pois a maioria apresenta discurso de isolamento social, trauma de estabelecer novos relacionamentos, tristeza, medo, culpa e sofrimento relacionado ao abandono, rejeição, estigma, preconceito e discriminação.

Compreender as características socioeconômica, demográfica e epidemiológica das entrevistadas foi necessário, visto que, esses fatores estão associados à vulnerabilidade do indivíduo e a qualidade de vida. As mulheres desse estudo são em sua maioria pretas e pardas, jovens, em idade reprodutiva, solteiras, com baixa escolaridade e condições econômicas, que mantêm práticas heterossexuais e residem em cidades do interior da Bahia, corroborando,

com o atual perfil epidemiológico da infecção pelo HIV/AIDS e demonstrando situação de vulnerabilidade social e individual.

O início precoce da atividade sexual, caracterizado pela juvenilização, evidencia a necessidade dos profissionais da saúde, principalmente da (o) Enfermeira (o) da Atenção Básica, desenvolver estratégias para que o atendimento a saúde reprodutiva e sexual das mulheres não seja restrito apenas a distribuição de método contraceptivo, mas, que seja despertada a importância da prevenção de DST, ofertando e orientando a necessidade da mulher realizar o exame citopatológico, os testes sorológicos para HIV, sífilis, hepatite B e C e outros, e o uso do método contraceptivo com a camisinha, fornecendo assim dupla proteção e corresponsabilizando a mulher pelo cuidado com sua saúde.

A presença de mulheres na terceira idade com soropositividade ao HIV destaca também a importância dos profissionais da saúde desenvolver ações educativas, com o intuito de desmistificar a concepção de invisibilidade atribuída à vida sexual dos idosos, fator esse, que dificulta o esclarecimento de dúvida, cuidados relacionado à saúde sexual e a utilização de preservativo por essas pessoas. Todas as entrevistadas que estão na terceira idade referiram ausência de relação sexual após o diagnóstico, podendo associar ao óbito do parceiro, medo do julgamento e estigma que existe em torno da sexualidade na velhice e da infecção pelo HIV/AIDS.

Além disso, esse estudo possibilitou conhecer as repercussões do diagnóstico de HIV/AIDS na sexualidade de algumas mulheres que são atendidas no SAE/CTA, centro de referência no recôncavo da Bahia. Ao comparar os estudos que abordam essa temática com os resultados desse, notou-se que não há diferenças significativas das repercussões.

Percebe-se que a descoberta do diagnóstico e o compartilhamento por algumas, trouxe importantes mudanças. Para algumas, principalmente para as que mantinham relação com parceiro soronegativo, à sexualidade foi marcada por vários sentimentos, como tristeza, revolta, culpa pelo descuido com a saúde, medo do isolamento, de ser abandonada, rejeitada, julgada e de contaminar seu parceiro. Já para outras mulheres, a vida afetiva e sexual do casal melhorou após a revelação, pois o parceiro passou a demonstrar mais cuidado, atenção e amor.

Desse modo, percebe-se que o estabelecimento de confiança e apoio emocional por parte da família, parceiro e amigos são aspectos importantes para que ocorra o compartilhamento do diagnóstico e a vivência da sexualidade de forma satisfatória, no entanto, nesse estudo esses aspectos não estavam presentes em todas as relações amorosas e

familiares, o que justifica o “silêncio” diante da revelação pelo medo das reações e do abandono.

Para as mulheres que mantinham relação com parceiros soroconcordantes houve uma facilidade maior para compartilhar o diagnóstico, do que entre os casais sorodiscordantes, pois estas não demonstraram medo do abandono e preconceito pelo parceiro, já que a maioria foi contaminada pelo companheiro.

O estigma relacionado à infecção pelo HIV é tão prevalente que em muitas situações o preconceito pela doença é demonstrado pelo próprio soropositivo, interferindo principalmente na sua vida afetiva e sexual através da diminuição da libido e abstinência sexual, como foi identificado nesse estudo.

Além disso, a baixa autoestima diante do diagnóstico, a assimetria de poder, a dependência financeira e o medo da reação do parceiro ao inserir a camisinha na relação fez com que a susceptibilidade a reinfecção, de adquirir outras doenças e contaminação do parceiro fosse ignorada.

A partir disso, percebe-se a necessidade de desmistificar tabus existentes, o rompimento de preconceitos próprios, trabalhar o medo, a culpa e incentivar as mulheres a iniciarem novos relacionamentos após a infecção pelo HIV.

Em relação ao enfrentamento da doença, percebe-se que a religiosidade, aceitação da condição de adoecimento, cuidado com a própria saúde e foco em outras atividades foram às formas encontradas pelas entrevistadas para superar os conflitos internos e externos existentes que permeia a AIDS.

Sobre o uso do preservativo após o diagnóstico podemos afirmar que para algumas mulheres, principalmente para as que mantinham relação com parceiro soronegativo, seu uso se restringia apenas para evitar a contaminação do parceiro e uma gravidez indesejável, pelo medo da transmissão vertical. Já para os casais soroconcordantes houve a banalização do uso da camisinha, mesmo demonstrando conhecimento sobre o risco de reinfecção e infecção por outras DST's.

Quando se trata de sexualidade não podemos ignorar o fato da importância da relação a dois, do bem estar consigo mesmo, com seu corpo, com o parceiro, de ter alguém com quem compartilhar, de receber apoio, amor, cuidado e carinho, seja dos amigos, familiares e companheiro. Dessa forma, cabe ao profissional questionar durante as consultas sobre a vida afetiva, sexual e social dessas mulheres, sobre seus medos e dúvidas frente à vivência da sexualidade após o diagnóstico e sobre o uso da camisinha na relação.

Além disso, o profissional deve estimular a presença da parceria durante as consultas, nas situações em que o casal é soroconcordante ou sorodiscordante e foi compartilhado o diagnóstico, com o intuito de abordar a importância das medidas de dupla proteção; do uso contínuo e correto dos antirretrovirais; da possibilidade da parceria soronegativa fazer uso da profilaxia pós-exposição em situações de risco e do direito do casal relacionado ao desejo de ter filhos e da importância de uma gravidez planejada e assistida durante todo o pré-natal, parto e pós-parto por uma equipe multiprofissional, para evitar a transmissão vertical.

A partir da análise crítica dos estudos que abordam o tema sexualidade associado aos resultados desse estudo, percebe-se que a sexualidade é um aspecto da vida do ser humano que está implícito e explícito em diversas situações, atitudes e discursos, visto que, apesar do formulário utilizado para a realização das entrevistas não possuir questionamentos específicos sobre sexualidade, não houve interferência na compreensão da repercussão do diagnóstico de HIV/AIDS na vivência da sexualidade pelas entrevistadas.

Diante disso, concluímos que a invisibilidade frente à sexualidade das PVHA pode trazer implicações na condição de saúde e na qualidade de vida, destacando a importância dos profissionais da saúde valorizar outros aspectos que perpassam o tratamento da patologia, olhar para a saúde dessas pessoas na visão macro, pois essas mulheres podem estar omitindo ou escondendo as situações supracitadas devido ao medo de ser julgada, e talvez não esteja sendo oportunizado esse espaço durante as consultas, onde o profissional deveria abordar a importância da valorização da sexualidade dessas mulheres, como algo que vai dar vida, felicidade, prazer, satisfação, empoderamento, coragem e força para superar os desafios de viver com uma doença que é permeada por estigmas, apesar dos avanços no tratamento e na discussão sobre a possibilidade de ter uma vida normal, assim como qualquer outra doença crônica.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. N. S. et al. Produção de subjetividade e sexualidade em mulheres vivendo com o HIV/Aids: uma produção sociopoética. **Revista Latino – americana de Enfermagem**, Ceará, v. 2, n. 18, p.1-8, mar./abr., 2010.

ALMEIDA, M. G.; COSTA, N. F. P. Protocolo de assistência à saúde sexual e reprodutiva para mulheres em situação de violência de gênero. **Revista BEMFAM**, 2.ed., Rio de Janeiro, p. 48, 2002.

ALVES, S. L. **Adesão ao uso do preservativo pelos usuários de um centro de testagem e aconselhamento do recôncavo da bahia**. 2016. 63f. Centro de Ciências da Saúde – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Santo Antônio de Jesus – BA, 2016.

ANDRADE, R. G.; IRIART, J. A. B. Estigma e discriminação: experiências de mulheres HIV positivo nos bairros populares de Maputo, Moçambique. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p.565-574, mar., 2015.

AZEVEDO, A. F.; GUILHEM, D. A. vulnerabilidade da gestante na situação conjugal de sorodiferença para HIV/AIDS. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 17, n. 3, p. 96-189, 2005.

ARAÚJO et al. Decisão pela maternidade diante da soropositividade para o hiv/aids: desejos e dilemas. **Rev. Enf. Profissional**, v. 1, n. 2, p 360-370, jul./dez., 2014.

ARRAES, et al. Masculinidade, vulnerabilidade e prevenção relacionadas às doenças sexualmente transmissíveis/HIV/AIDS entre adolescentes do sexo masculino: representações sociais em assentamento da reforma agrária. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Goiás, v. 21, n. 6, p. 1266-73, nov./dez., 2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo** (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trans.). Lisboa: Edições 70, 2006.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal, Edições 70, LDA, 2009.

BAUMAN, Z. **Medo líquido**. Tradução: Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, p. 7-34, 2008.

BEZERRA, E. O. et al. Análise da vulnerabilidade sexual de estudantes universitários ao HIV/AIDS. **Revista Rede de Enfermagem do Nordeste**. Fortaleza, v. 13, n. 5, p. 31-1121, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico - DTS e AIDS**. Ano IV- n° 1, Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de Ética em pesquisa. **Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa**, 4ª edição, Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde sexual e saúde reprodutiva** (Cadernos de Atenção Básica, n. 26). 1. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, p.300, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de AIDS e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico DST/AIDS**. Brasília, 2014.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **HIV/AIDS, hepatites e outras DST** (Caderno de Atenção Básica, n° 18). Brasília, 2006.

CAMPOS, A. C. M.; ALMEIDA, C. R.; AOKI, F. H. Saúde da População negra HIV/AIDS: Pesquisa e práticas. **Arte Escrita**, Campinas, 2011.

CARRARA, G. L. R.; SILVA, A. C.; NEVES, N. M. AIDS em mulheres e o cuidado da enfermagem: uma revisão da literatura. **Revista Fafibe On-line**. São Paulo, v. 1, n. 8, p.64-85, 2015.

CARVALHO, F. L. et al. Perfil epidemiológico dos indivíduos HIV positivo e coinfeção HIV - Leishmania em um serviço de referência em São Luís, MA, Brasil. **Ciência saúde coletiva**, São Luís, v. 18, n.5, p. 1305-1312, 2013.

CARVALHO, P. M. G. et al. Sexualidade de pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Revista Interdisciplinar**. São Paulo, v.6, n. 3, p. 81-88, jul./set., 2013.

CHAUÍ, M. **Repressão Sexual: essa nossa (des)conhecida**. São Paulo: Brasiliense, p. 237, 1984.

CORREIA, S. O.; PIOLA, S. F. **Balanco 1998-2002: aspectos estratégicos, programáticos e financeiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

COSTA, D. A. M.; ZAGO, M. M. F.; MEDEIROS, M. Experiência da adesão ao tratamento entre mulheres com Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 5, p. 631-7, 2009.

COSTA, E. R.; OLIEIRA, K. E. **A Sexualidade Segundo a Teoria Psicanalítica Freudiana e o Papel dos Pais Neste Processo**. **Revista Eletrônica do Curso de Pedagogia do Campus Jataí - UFG**, v. 2, n.11, 2011.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28 ed., Editora Vozes, Petropolis, RJ., 2009.

DUARTE, M. T. C. **Saúde sexual e reprodutiva de mulheres vivendo com hiv/aids atendidas em hospital dia**. 2012. 165f. Tese (Doutorado) - Curso de Medicina, Universidade Estadual Paulista “júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2012.

DUARTE, M. T. C.; PARADA, C. M. G. L.; SOUZA, L. R. Vulnerabilidade de mulheres vivendo com HIV/AIDS. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 22, n.1, p. 68-75, jan./fev., 2014.

FARIA, J. B.; SEIDL, E. M. F. Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Psicologia em estudo**, Maringá, v.11, n.1, p.155-164, 2006.

FIGUEIREDO, L. G. et al. Percepção de mulheres casadas sobre o risco de infecção pelo hiv e o comportamento preventivo. **Revista de enfermagem. Uerj**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 21, p.11-805, 2013.

FOUCAULT, M. (1963). **O nascimento da clínica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade 1: A vontade de saber**. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

FERREIRA, R. C. M.; FIGUEIREDO, M. A. C. Reinserção no mercado de trabalho barreiras e silêncio no enfrentamento da exclusão por pessoas com HIV/AIDS. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 39, n.4, p. 591-600, out./dez., 2006.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. Ed., São Paulo: Atlas, 2008.

GRUNER, F. M; SILVA, M. R. Perfil epidemiológico de pacientes com HIV/AIDS em um hospital de referência: análise comparativa entre os anos de 1997 e 2001. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 34, n. 3, 2005.

GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA. Estudos Ambientais para a Implantação de Sistema de Travessia Salvador / ilha de Itaparica sobre a Baía de Todos os Santos: EIA, **Nemus** Salvador, ago., 2015.

JONES, D. Enhancing acceptability and use of sexual barrier products among HIV concordant and discordant couples. **AIDS and Behavior**, v. 17, n. 6, p. 93-2185, 2013.

JUNIOR, J. S. M.; GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. Masculinidade hegemônica, vulnerabilidade e prevenção ao HIV/AIDS. **Ciência e Saúde Coletiva**. fev., 2012

LEITÃO, I. B. A. Importância da sexualidade na constituição do psiquismo um olhar psicanalítico. **Psicologia.pt: O portal dos psicólogos**, Espírito Santo, v. 0, n. 0, p.1-8, nov., 2014.

LIBRELOTTO, C. S. et al. Perfil epidemiológico dos portadores de HIV/AIDS do SAE de Cruz Alta, RS. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, Cruz Alta, v. 44, n. 2, 2012.

LIMA, R. R. et al. Perfil epidemiológico da infecção por HIV/AIDS relacionado a atividade ocupacional. **Revista de Enfermagem UFPE**. Recife, v. 9, sulp. 4, p.8-8012, mai., 2015.

LOURENÇO, M. Afectos, sexualidade e desenvolvimento humano. **Revista Saúde Mental**, Editores Lda, v. 4, n. 2, p. 20-28, mar./abr., 2002.

MAIA, C.; GUILHEM, D.; FREITAS, D. Vulnerabilidade ao HIV/AIDS de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 8-242, abril, 2008.

MAKSUD, I. et al. A sorodiscordância e os serviços de saúde: um novo tema em pauta? In: Associação Brasileira Interdisciplinar em AIDS Conjugalidade e AIDS: a questão da sorodiscordância e os serviços de saúde. **ABIA**, Rio de Janeiro, p 99-106. 2002.

MALISKA, I. C. A; SOUZA, M. I. C; SILVA, D. M. G. V. Práticas sexuais e o uso do preservativo entre mulheres com HIV/AIDS. **Ciência, Cuidado e Saúde**. v. 6, n. 4, p. 471-8. otu./dez., 2007.

MARTINS, T. C. R. N. **Sexualidade e envelhecimento na percepção de pessoas idosos**. 2012, 140 f. Dissertação (mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, UNESP, Faculdade de Ciências, Bauru, 2012, 140 f.

MENDES, R. S; VAZ, B. J. O; CARVALHO, A. F. O movimento feminista e a luta pelo empoderamento da mulher. **Periódico do Núcleo de Estudos e Pesquisas Sobre Gênero e Direito**, Paraíba, v. 3, n. 0, p.1-12, 2015.

- MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed., Editora Vozes, Petrópolis, 2001.
- MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: Teoria, Método e criatividade**. 25. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.
- MOLINA, L, P, P; CUNHA, M. F. Gênero e sexualidade: construções da diferença na vivência escolar no ensino médio (2007-2008). **Gt 6. Gênero e Educação**, Londrina, v. 0, n. 0, p.63-75, jun, 2010.
- MUESSIG, K.E.; COHEN, M.S. Advances in HIV prevention for serodiscordant couples. *Curr HIV/Aids Rep.*, v. 11, n. 4, p. 434-46, 2014.
- NAVARRO, A. M. A. et al. Social Representations of the HIV/AIDS: perception of the primary health care professionals. **Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental**, 2011.
- NICHIATA, L. Y. I. et al. A utilização do conceito “vulnerabilidade” pela Enfermagem. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 16, n. 5, p. 923-8, 2008.
- NORGREN, M. B. P. et al. Satisfação conjugal em casamentos de longa duração: uma construção possível. **Estudos de Psicologia**, São Paulo, v. 9, n. 3, p.575-584, fev. 2004.
- OLIVEIRA, A. D. F. et al. Repercussões do HIV no cotidiano de mulheres vivendo com AIDS. **J. Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental**, Bahia, v. 1, n. 7, p.1975-1986, jan/mar, 2015.
- OLTRAMARI, L.C.; CAMARGO, B.V. AIDS, relações conjugais e confiança: um estudo sobre representações sociais. **Estudos interdisciplinares em psicologia**, v. 15, n. 2, p. 275-83, abr./jun., 2010.
- PAULA, M. A. B.; TAKAHASHI, R. F.; PAULA, P. R. Os significados da sexualidade para a pessoa com estoma intestinal definitivo. **Rev bras coloproct.**, v. 29, n.1, p. 77-82, jan./mar., 2009.

PAIVA, V. et al. A sexualidade de adolescentes vivendo com HIV: direitos e desafios para o cuidado. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, n.10, p.4199-4210, 2011.

PAIVA, V. et al. Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/AIDS em São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 18, n. 6, p. 20-1609, 2002.

PARKER, R.; JÚNIOR, K. R. C. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, v.16, supl. 1, p. 89-102, 2000.

PEREIRA, J. A. et al. Infecção pelo HIV e AIDS em município do norte de Minas Gerais. **Revista de APS**. Minas Gerais, v. 14, n. 1, p. 39-49, 2011.

PINHEIRO, T. F.; COUTO, M. T. Sexualidade e reprodução: discutindo gênero e integralidade na Atenção Primária à Saúde. **Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 1, n. 23, p.73-92, 2013.

PONTES, R. A. **A revelação da soropositividade para o HIV/AIDS ao parceiro sexual: Aspectos éticos, legais, de direitos humanos e implicações nas práticas de prevenção**. 2011. 38 f. Monografia (Especialização) - Curso de Curso de Especialização em Prevenção de Dst/aids no Quadro da Vulnerabilidade e dos Direitos Humanos Departamento de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

RANGEL, A. M. H.; CABRAL, I. A. C.; ZUCCO, L. P. Mulheres soropositivas: um olhar para sua sexualidade. Rio de Janeiro, p. 1-24, abril, 2012.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. **Marcos da saúde das mulheres, do direito sexual e direito reprodutivo**. Porto Alegre, junho de 2010.

REIS, R. K. et al. Qualidade de vida, aspectos sociodemográficos e de sexualidade de pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Texto & contexto enfermagem**. v. 20, n.3, p. 75-565, jul./set., 2011.

REIS, R. K.; GIR, E. Convivendo com a diferença: o impacto da sorodiscordância na vida afetivo sexual de portadores do HIV/AIDS. **Revista da escola de enfermagem da USP**. v. 44, n. 3, p. 759-65, 2010.

REIS, R. K.; GIR, E. Dificuldades enfrentadas pelos parceiros sorodiscordantes ao HIV para a manutenção do sexo seguro. **Rev Lat Am Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 13, n.1, p. 7-32, jan./fev., 2005.

REIS, R. K.; GIR, E. Vulnerabilidade ao HIV e prevenção da transmissão sexual entre casais sorodiscordantes. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 9-662, 2009.

RENESTO, H. M. F et al. Enfrentamento e percepção da mulher em relação à infecção pelo HIV. **Revista de Saúde Pública**, Recife, v. 48, n. 1, p.36-42, 2014.

RESSEL, L. B. **Vivenciando a sexualidade na assistência de enfermagem: um estudo na perspectiva cultural** [tese de doutorado]. São Paulo(SP): USP; 2003.

RODRIGUES, J. A. L.; CASTILHO, E. A. A epidemia da AIDS no Brasil, 1991-2000: descrição espaço-temporal. **Revista da sociedade brasileira de medicina tropical**, v. 37, n. 4, p. 7-312, 2004.

RODRIGUES, L. S. A. et al. Vulnerabilidade de mulheres em união heterossexual estável à infecção pelo HIV/AIDS: estudo de representações sociais. **Revista da escola de enfermagem**, 2012.

SAID, A. P.; SEIDL, E. M. F. Sorodiscordância e prevenção do HIV: percepções de pessoas em relacionamentos estáveis e não estáveis. **Interface – Comunicação, educação e saúde**, v. 54, n. 19, p.78-467, 2015.

SANTOS, S. M. P. et al. Vivência da sexualidade por mulheres no climatério. **Revista de Enfermagem UFSM**, Paraíba, v. 1, n. 4, p.113-122, jan./mar., 2014.

SEHNEM, G. D. et al. A construção da sexualidade de estudantes de enfermagem e suas percepções acerca da temática. **Ciência e Enfermagem**, Rio Grande do Sul, n. 1, p.111-121, 2014.

SILVA, L. M. S.; MOURA, M. A. V.; PEREIRA, M. L. D. Cotidiano de mulheres após contágio pelo HIV/AIDS: subsídios norteadores da assistência de enfermagem, 2013.

SILVA, R. A. R. et al. A epidemia da aids no brasil: análise do perfil atual. **Revista de enfermagem da UFPE**, , Recife, v. 10, n. 7, p.8-6039, out., 2013.

SILVA, T. M. Relações de poder e a feminização da epidemia de HIV/AIDS. **Seminário Internacional Fazendo Gênero 10** (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2013.

SOARES, F. N. S.; MORAIS, M. T. M. Perfil epidemiológico e sócio demográfico dos pacientes vivendo com HIV/AIDS cadastrados no município de Vitória da Conquista/BA. **Revista da saúde**. Vitória da Conquista, v. 10, n. 1, p.54-63, 2014.

SOUTO, B. G. A. et al. O sexo e a sexualidade em portadores do vírus da imunodeficiência humana. **Revista Brasileira de Clínica médica** São Paulo, v. 7, p. 91-188, 2009.

SOUZA, B. M. B. et al. A Política de AIDS no Brasil: uma abordagem histórica. **J Manag Prim Health Care**, Pernambuco, v. 1, n. 1, p.23-26, 2010.

TENÓRIO, L. M. C. Representações sociais de mulheres soropositivas para o HIV acerca da sexualidade. **Revista de Enfermagem da UFPE**. Recife, v. 9, n. 2, p.42-633, fev., 2015.

UNAIDS. **Report on the global AIDS epidemic**. Genebra: UNAIDS, 2006.

UNAIDS. **United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)**. Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic, 2010.

VALENCA, C. N.; NASCIMENTO F. J. M.; GERMANO, R. M. Mulher no climaterio: reflexoes sobre desejo sexual, beleza e feminilidade. **Saúde Soc**, jun., 2010.

VASCONCELOS, E. M. R.; ALVES, F. A. P.; MOURA, L. M. L. Perfil Epidemiológico dos Clientes com HIV/AIDS na terceira idade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.54, n. 34, p. 45-435, jun./set., 2001.

VILLELA, W.; SANEMATSU, M. **Dossiê. Mulheres com HIV/AIDS: elementos para a construção de direitos e qualidade de vida**. São Paulo: Instituto Patrícia Galvão, dez., 2003.

APÊNDICE A - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DO BANCO DE DADOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

TERMO DE CONSENTIEMENTO DE USO DO BANCO DE DADOS

Eu, LILIAN CONCEIÇÃO GUIMARÃES DE ALMEIDA, professora adjunta da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, autorizo a discente IASMIN OLIVEIRA PINHEIRO a utilizar os dados da pesquisa “Estratégias de enfrentamento da feminização do HIV/AIDS em Santo Antônio de Jesus, Bahia” para fins de realização do Trabalho de Conclusão de Curso intitulado: Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/AIDS do Curso de Bacharel em Enfermagem na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Santo Antonio de Jesus, 01 de janeiro de 2016.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Liliana Almeida', is written above a horizontal line.

Lilian Conceição Guimarães de Almeida – Doutora em Saúde Coletiva, professora adjunta da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

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 número de casos de doenças e mortes em mulheres, poderá ajudar também na discussão de medidas que dão certo para prevenir, medidas que funcionem bem entre as que já existem como a camisinha masculina e a feminina. Os dados serão coletados através da observação da Sra no serviço de saúde, através de informações colhidas em seu prontuário ou outros livros de registros presentes na unidade que contenham informações sobre sua saúde e através de entrevista com perguntas sobre sua saúde sexual, reprodutiva, atendimentos de saúde e investigações sobre exames realizados e doenças que já tenha apresentado.

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

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

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

ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURA APLICADO AOS SUJEITOS DA PESQUISA

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

<p>B.12–Profissão: <input type="checkbox"/> Sim.</p> <p>Você é:</p> <p><input type="checkbox"/> empregada assalariada <input type="checkbox"/> autônoma</p> <p><input type="checkbox"/> autônoma com estabelecimento próprio <input type="checkbox"/> empregador</p> <p><input type="checkbox"/> autônoma sem estabelecimento próprio <input type="checkbox"/> autônoma de nível universitário</p> <p><input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Outro _____</p>	
<p>B. 13- Caso não trabalhe, você é:</p> <p><input type="checkbox"/> desempregado <input type="checkbox"/> nunca trabalhou</p> <p><input type="checkbox"/> estudante <input type="checkbox"/> Outro _____</p> <p><input type="checkbox"/> licença saúde há ____ anos e ____ meses</p> <p><input type="checkbox"/> aposentada por tempo de serviço</p>	
<p>B. 14- Qual sua renda no último mês? R\$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> não possui renda <input type="checkbox"/> < de um salário mínimo</p> <p><input type="checkbox"/> de 1 a 3 salários mínimos <input type="checkbox"/> de 3 a 6 salários mínimos</p> <p><input type="checkbox"/> de 6 a 10 salários mínimos <input type="checkbox"/> de 10 a 14 salários mínimos</p>	
<p>B.15- Quantas pessoas vivem com esta renda?</p>	
<p>B.16 – Ocupação:</p>	
<p>B.17 – Local/cidade onde reside:</p>	

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/proibe 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 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

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: 02796512.0.0000.0056

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

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RECÔNCAVO DA BAHIA -
UFRB



Objetivo Primário:

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

Objetivo Secundário:

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

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

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

Benefícios:

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

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

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

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

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RECÔNCAVO DA BAHIA -
UFRB



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

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os Documentos de apresentação obrigatória estão presentes.

Recomendações:

Sugestões para o TCLE:

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

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

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

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

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

CRUZ DAS ALMAS, 31 de Janeiro de 2013

Assinador por:
Deisy Vital dos Santos
(Coordenador)

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