



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

JAYANNE MOREIRA CARNEIRO

CONHECIMENTO DE MULHERES SOROPOSITIVAS SOBRE A INFECÇÃO DO HIV/AIDS

SANTO ANTÔNIO DE JESUS
2016

JAYANNE MOREIRA CARNEIRO

CONHECIMENTO DE MULHERES SOROPOSITIVAS SOBRE A INFECÇÃO DO HIV/AIDS

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

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

SANTO ANTONIO DE JESUS
2016

JAYANNE MOREIRA CARNEIRO

CONHECIMENTO DE MULHERES SOROPOSITIVAS SOBRE A INFECÇÃO DO 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 para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em 15 de fevereiro de 2016.

BANCA EXAMINADORA

Lilian Conceição Guimarães de Almeida – Orientadora
Doutorado em Saúde Coletiva – Universidade Federal da Bahia (UFBA)
Professora Adjunta da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB)

Patrícia Figueiredo Marques – Membro Interno
Mestre em Enfermagem – Universidade Federal da Bahia (UFBA)
Professora Assistente da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB)

Oade Oliveira Cunha de Souza – Membro Externo
Enfermeira e Coordenadora do Departamento de DST/AIDS – Santo Antônio de Jesus

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por toda Sua bondade para comigo, por me sustentar e permitir que encerre mais um ciclo da minha vida estando em paz.

Aos meus pais, Jaiêde e José Hugo, por me conduzirem pelos melhores caminhos e serem o meu refúgio, por todo o apoio e incentivo que sempre me deram e por compreender as minhas ausências durante a construção desse trabalho. À Isabella o meu agradecimento pelo estímulo que sempre me deu em seguir em frente nas minhas escolhas. À Ananayra pela enorme força que sempre me deu, por acreditar que sou capaz em momentos que nem eu acreditava. Amo vocês mais que tudo nesse mundo!

A minha orientadora Dra Lilian Almeida por aceitar participar desta etapa comigo, pela paciência e pelas enormes contribuições que me deu que levarei para a vida.

Agradeço a toda a família Passione: Cleise, Eduardo, Guiomar, Sara e em especial a Larissa, por toda a companhia, pelos momentos de descontração, pelo cuidado, por me ensinar através de exemplos e contribuir para o meu crescimento como pessoa.

Meus sinceros agradecimentos as minhas grandes amigas: Thayze, Ariane e Thialli por sempre me ouvirem e se preocuparem comigo, sou feliz por ter vocês por perto.

Obrigada a todos aqueles que participam da minha vida, que ultrapassaram os muros da Universidade e sei que posso sempre contar, especialmente: Kézia, Leticia, Rosana, Renata, Suelen, Natali e Cristiano.

Agradeço imensamente ao meu namorado Filipe por ser um dos meus maiores incentivadores, por todo cuidado que tem comigo e por me proporcionar sempre momentos que renovam minhas forças.

Não poderia deixar de agradecer a Ainara e Jaqueline que estiveram comigo durante todo o tempo de construção do trabalho e deixaram todo o processo mais leve. Sentirei saudades desse “melhor trio”.

Por fim, um agradecimento especial a todas as mulheres que aceitaram participar dessa pesquisa, sem vocês nada disso seria possível.

CARNEIRO, Jayanne Moreira. Conhecimento de mulheres soropositivas sobre a infecção do HIV/AIDS, 2016. 58 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Santo Antônio de Jesus, 2016.

RESUMO

Nos últimos anos ocorreram mudanças no perfil epidemiológico do HIV/AIDS ao principalmente no aumento no número de mulheres infectadas. O estudo tem como objetivo analisar o conhecimento de mulheres soropositivas sobre o HIV/AIDS. Trata-se de um com abordagem qualitativa, realizado no Serviço de Atendimento Especializado de Santo Antônio de Jesus-BA que abarca outras 25 cidades do Recôncavo Baiano. A pesquisa é composta de um total de 12 mulheres que foram entrevistadas no período compreendido entre setembro a novembro de 2014 sendo que os sujeitos foram obtidos através de banco de dados. Esta pesquisa trata-se de um recorte do projeto “Estratégias de enfrentamento a feminização do HIV/AIDS em Santo Antônio de Jesus-Bahia”, o qual possui parecer de aprovação do Comitê de Ética sob nº 191.710. Ao analisar o perfil das entrevistadas, cinco delas tinham entre 20 a 30 anos, apenas uma de 31 a 40 anos, três delas se encontravam entre 41 e 50 anos, uma de 51 a 60 anos e duas de 61 a 70 anos, reiterando o crescimento do vírus na população jovem. Sobre o estado civil, uma é viúva, duas são divorciadas, quatro são casadas ou em união estável e cinco são solteiras. No nível de escolaridade, cinco entrevistadas estudaram até o ensino fundamental incompleto, duas estudaram até o ensino fundamental completo, quatro mulheres do estudo concluíram o ensino médio e apenas uma mulher com ensino superior completo. E cinco mulheres são evangélicas, quatro católicas, uma espírita e duas afirmaram não ter religião. No que diz respeito a raça/cor (autodeclarada) seis eram negras, três pardas, duas amarelas e uma branca. No perfil sexual oito apresentaram menarca dos 11 aos 13 anos e oito dos 14 aos 15 anos. Quando se fala da coitarca, seis mencionam que ocorreu entre os 14 e 17 anos e seis mencionam que ocorreu dos 18 aos 22 anos. Das 12 mulheres, nove relataram não ter utilizado o preservativo na primeira relação sexual trazendo como causa o desconhecimento da existência do método, sentimento de entrega ao parceiro, imprevisibilidade do ato sexual. O preconceito e estigma da doença aparecem como dificuldade encontrada e a fé aparece como fator de enfrentamento da infecção. As mulheres apresentam o conhecimento da terapia medicamentosa e uso do preservativo em todas as relações sexuais, mesmo em relação estável, associada à maior qualidade de vida. São mulheres que tem diagnóstico de uma doença crônica, que estão em tratamento há certo tempo e ainda assim os discursos demonstram conhecimento superficial. Apesar de entender a relevância do uso do preservativo em todas as práticas sexuais, esse conhecimento é limitado e insuficiente para manutenção de práticas preventivas. É necessário conhecer o que leva a dissociação do conhecimento para a prática sexual, e realizar ações voltadas para esses novos estudos. Não basta conhecer, tem que aderir às práticas necessárias, é necessário sensibilizar. Os atores sociais mobilizados têm tudo para controlar e combater o HIV/AIDS, que já mudou seu cenário, que já adquiriu novo caráter, que já não é mais sinônimo de interrupção de vida.

PALAVRAS CHAVES: mulher; conhecimento; HIV/AIDS;

CARNEIRO, Jayanne Moreira. Knowledge of HIV positive women about HIV infection / AIDS, 2016. 58 f. TCC (Graduation) - Nursing Program, Health Sciences Center, Federal University of Bahia Reconcavo, Santo Antonio de Jesus, 2016.

ABSTRACT

In recent years there have been changes in the epidemiological profile of HIV / AIDS especially in the increase in the number of infected women. The study aims to analyze the knowledge of HIV-positive women about HIV / AIDS. It is a qualitative approach, held in Specialized Care Services Santo Antonio de Jesus-BA that includes 25 other cities in the Reconcavo Baiano. The survey consists of a total of 12 women who were interviewed in the period from September to November 2014 and the subjects were obtained from the database. This research it is a project of the crop "Strategies to the feminization of HIV / AIDS in Santo Antonio de Jesus, Bahia," which has opinion approved by the Ethics Committee under number 191 710. To analyze the profile of the interviewees, five of them were between 20 to 30 years, only 31 to 40 years, three of them were between 41 and 50 years, 51-60 years and two 61 to 70 years, reiterating growth of the virus among young people. About marital status, one is a widow, two are divorced, four are married or in a stable relationship and five are single. Education level, five interviewees studied by the elementary school, studied two to complete primary school, four women in the study completed high school and only one woman with a college education. And five women are evangelical, four Catholic, a spiritualist and two said they had no religion. With respect to race / color (self-declared) six were black, three brown, two yellow and one white. In eight sexual profile presented menarche from 11 to 13 years and eight of 14 to 15 years. When speaking of first sexual intercourse, six mention that occurred between 14 and 17 years and six mention that occurred 18 to 22 years. Of the 12 women, nine reported not having used a condom at first intercourse bringing been caused by the ignorance of the existence of the method, delivery sense to partner, unpredictability of the sexual act. The prejudice and stigma of the disease appear as difficulties encountered and faith appears as the infection coping factor. Women have knowledge of drug therapy and the use of condoms in all sexual relations, even in a stable relationship, associated with a higher quality of life. They are women who have a diagnosis of a chronic disease who are undergoing treatment for some time and yet the speeches show superficial knowledge. While I understand the importance of condom use in all sexual practices, this knowledge is limited and insufficient to maintain preventive practices. You need to know which leads to dissociation of knowledge for sexual practice, and perform actions for these new studies. Not enough to know, have to adhere to the necessary practical, it is necessary to raise awareness. The social actors have mobilized all to control and combat HIV / AIDS, which has changed its scenery, which has already acquired new character, which is no longer synonymous with interruption of life.

KEYWORDS: women; knowledge; HIV / AIDS;

LISTA DE ABREVIATURAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
BA	Bahia
CTA/SAE	Centro de Testagem, Aconselhamento e Serviço de Assistência Especializada
DST	Doença sexualmente transmissível
HIV	Vírus da Imunodeficiência humana
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de consentimento livre esclarecido
UFRB	Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
UNAIDS	Programa conjunto das nações unidas sobre a AIDS
INCA	Instituto Nacional do Câncer
TARV	Terapia Antirretroviral

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	7
2.	REFERENCIAL TEÓRICO	10
2.1	CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO	10
2.1.1.	CONHECIMENTO PARA A SENSIBILIZAÇÃO	13
2.2.	ATITUDE COMO REFLEXO DO CONHECIMENTO	14
3.	METODOLOGIA	17
3.1.	TIPO DE PESQUISA	17
3.2.	CAMPO DE PESQUISA	19
3.3.	SUJEITOS DA PESQUISA	19
3.4.	ASPECTOS ÉTICOS	19
3.5.	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	20
4.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	21
4.1.	CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS	21
4.1.1	PERFIS SEXUAIS E REPRODUTIVOS	25
4.2.	CONHECIMENTO DE MULHERES SOROPOSITIVAS	26
4.2.1.	NA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL	26
4.2.2.	O ENFRENTAMENTO DA DOENÇA	31
4.3.	CONHECIMENTO PARA AS PRÁTICAS SEXUAIS ATUAIS	38
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
	REFERÊNCIAS	44
	ANEXOS	49

1 INTRODUÇÃO

O cenário epidemiológico do HIV/AIDS no Brasil se modificou. Historicamente, a doença tinha uma incidência predominantemente masculina onde era conhecida como doença dos 5H: hemofílicos, homossexuais, haitianos, heroinômanos e hookers. A velocidade de crescimento do vírus no Brasil tem sido maior em mulheres do que em homens desde o ano 2000 onde a razão de detecção Masculino-Feminino era de 1,8. A partir de então, esse índice foi sendo diminuído chegando a 1,5 em 2005 e mantido até 2008. No Boletim Epidemiológico de 2015, houve um dado inédito, passou a ser 2 a razão de detecção entre os sexos, o que implica dizer que a velocidade de crescimento do HIV pela primeira vez desde a década de 90 voltou a ser maior entre os homens, o que dá início a uma nova etapa no cenário dessa epidemia. Chama a atenção o fato de que, pela primeira vez em sete anos, a taxa de detecção por 100.000 habitantes caiu para menos de 20 casos, passando a ser a menor taxa de detecção dos últimos 12 anos (BRASIL, 2015).

De acordo com o Guia de Vigilância Epidemiológica, tem-se uma divisão onde o HIV/AIDS é considerado uma doença emergente, que são as que foram aumentadas em seres humanos nas duas últimas décadas. Segundo o Boletim Epidemiológico de 2015, desde o início da epidemia até junho deste mesmo ano, haviam sido registrados 798.366 casos da doença. Da década de 80 até junho de 2015, 65% dos casos registrados haviam sido em homens e 35% em mulheres. Porém até 2003 observava-se um crescente aumento quanto a incidência nas mulheres, o que se estabilizou de 2004 a 2008 mantendo em média a proporção 15 homens para 10 mulheres quanto a taxa de detecção e por fim em 2009 voltou a ter o aumento dos casos em homens e diminuição nas mulheres que de 16,3 casos a cada 100 mil habitantes em 2005 passou para o número de 13,7 em 2014, uma queda de 18,9% (BRASIL, 2015).

A doença é um grande problema de pública no Brasil e no mundo devido ao elevado número de novas infecções diárias e mortes que ocorrem a cada 20 segundo por alguma doença relacionada à AIDS. No Brasil essa estimativa é de 16.000 mortes relacionadas a esta infecção em 2014 (UNAIDS, 2014).

O perfil apresentado exhibe dados de mortalidade e detecção de novos casos anualmente mostrando que, mesmo sendo uma doença que está em pauta constante nas mídias e com trabalhos realizados continuamente, se mantém em crescimento. O processo histórico e a velocidade de disseminação da doença são fatores que contribuem para a estigmatização e conseqüentes dificuldades encontradas pelos portadores do vírus.

No Brasil, têm sido evidenciadas algumas questões acerca da doença em discussão, tais como ocorrência de epidemias microrregionais, redução da mortalidade associada à introdução da terapêutica antirretroviral em 1996, pauperização caracterizada pela expansão da doença para áreas mais distantes dos centros urbanos com indivíduos de renda mais baixa e o aumento progressivo de casos em mulheres por meio da transmissão heterossexual (MALISKA et al., 2009).

As mulheres através dos movimentos feministas e lutas ao longo dos anos conquistaram maior liberdade, qualidade de vida e poder de escolha. Essa autonomia trouxe junto com tudo a busca também pelo prazer sexual, com a possibilidade de se relacionar com vários parceiros e práticas sem preservativo. Dessa forma, tais práticas contribuíram para que o número de casos de detecção aumentasse ocasionando uma mudança no perfil epidemiológico da doença, a feminização do HIV (ODWYER, 2014).

A tendência de expansão desta epidemia dos maiores centros urbanos em geral localizados ao longo do litoral, para municípios de médio e pequeno porte do interior do país, a interiorização do HIV, foi possível ser percebida a partir dos dados de incidência desse agravo (SOUZA et al, 2013). O aumento da divulgação de dados, discussão das formas de transmissão, insumos de prevenção, sinais e sintomas, é um grande passo para o conhecimento das mulheres acerca da infecção.

Dados trazem que no ano de 2014 na Bahia foram registrados 704 casos de HIV/AIDS notificados pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e registrados no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos (SISCEL). Dos quais, 299 se referiam as mulheres e 405 aos homens (DATASUS, 2015).

Os dados e informações devem ser divulgados que as pessoas percebam o que é o HIV e tomem atitudes a frente esta questão (FERNANDES, 1994). Um estudo realizado em 2004 com 258 mulheres soropositivas atendidas no ambulatório de doenças infecto-contagiosas do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto - SP, dentre as quais 50 constituíram a amostra como população de estudo traz que a maioria das mulheres portadoras do HIV-1 estudadas na pesquisa apresentaram comportamento sexual inseguro demonstrado pelo baixo nível de conhecimento acerca das vias de transmissão e das medidas de prevenção para o HIV-1. (GIR et al., 2004).

Quando se recebe um diagnóstico, é instituída uma terapêutica, um plano de cuidado para o tratamento que qualifica a assistência do indivíduo. É importante que a pessoa que vive com determinada doença tenha conhecimento sobre a mesma para que se tenha a melhor efetividade no

autocuidado. Quanto maior for a compreensão e sensibilização acerca de determinado assunto, maior possibilidade de co-participação do indivíduo no seu processo de saúde.

Saber os medicamentos, aderir ao tratamento e estar ciente sobre sua situação, é o conhecimento que proporciona autonomia para a pessoa que vive com HIV. O emponderamento tem assumido diversas significações, mas neste estudo trataremos dele como o desenvolvimento de potencialidades e aumento de informação que proporcione uma participação real do indivíduo, ou seja, aumento do poder e autonomia de indivíduos e grupos sociais sendo principalmente os grupos submetidos à discriminação e opressão social (HAMMERSCHMIDT; LENARDT, 2010). É importante conhecer a doença e discuti-la, pois, é um tópico que interfere na integração social das pessoas que vivem com vírus. Além disso, possibilita a criação estratégias de prevenção e de interrupção da cadeia de transmissão.

Para este estudo houve seguinte pergunta de investigação: qual o conhecimento das mulheres soropositivas a respeito da infecção do HIV/AIDS?

Desta forma, compreendendo que o conhecimento é um fator importante para o enfrentamento, este estudo tem como objetivo geral analisar o conhecimento de mulheres soropositivas sobre o HIV/AIDS; sendo os objetivos específicos: traçar o perfil socioeconômico e reprodutivo, conhecer aspectos que impedem a adesão do preservativo na primeira relação sexual, identificar o conhecimento como estratégia na prática de prevenção.

O interesse pelo tema surge a partir da aproximação com a disciplina Saúde da Mulher, onde foi estudada a epidemiologia do HIV/AIDS no Brasil e a relação visualizada de que quanto maior o conhecimento acerca de determinada ação de saúde maior o autocuidado de um indivíduo. Também parte de uma continuação do estudo já realizado em Santo Antônio de Jesus que identificou o conhecimento das mulheres acerca do vírus, onde a coleta foi realizada em unidade básica e estas mulheres em quase sua totalidade não eram soropositivas. O estudo supracitado trouxe a inquietação em saber o conhecimento das mulheres que vivem com o vírus e estão em maior contato com os serviços de referência sobre o assunto, participando de maior quantidade de ações educativas e a priori buscariam mais informações acerca da doença.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO

Em variadas situações as pessoas se deparam com grande quantidade de informações que ficam guardadas no seu acervo mental que foi construído ao longo da vida, e que de certa forma o equilíbrio dessas informações irá conduzir esse ser no seu cotidiano. A família, a escola, a igreja, os amigos, o ambiente social que está inserido, o conhecimento fundamentado cientificamente, a arte e a mídia, são fatores que juntos irão atuar na construção do conhecimento de cada indivíduo. Não se deve relacionar essa construção com incomunicabilidade e solidão. Construir conhecimento é uma unidade de pensamento dentro de um universo.

Não se constrói conhecimento sem vínculo, sem aplicação, sem contato com a comunidade científica ou contato universal. A natureza transforma o homem tanto quanto o homem transforma a natureza, cada um compreende sua cultura relacionando com a sociedade ou grupo onde a formou (WERNECK, 2006).

As relações baseadas na atividade social dos indivíduos, que são as relações entre si e a natureza, produzem consciência social que é determinada pelo ser e ao mesmo tempo é determinante para esse próprio ser. Essa consciência é o conjunto de pensamentos, ações e sentimentos e as formas de agir diante as situações cotidianas (ALMEIDA; ABREU; ROSSLER, 2011). O conhecimento é então o produto final e gerado pelo próprio indivíduo quando ele dá a sua interpretação e ponto de vista sobre determinado assunto. Nesse processo levam-se em conta suas vivências e a adequação daquela informação para sua vida, pois o que é transmitido na verdade não é o conhecimento e sim a informação.

As pessoas incorporam valores que são passados de geração em geração, e através das relações interpessoais trazem isso na formação da sua personalidade e condução de determinadas situações.

Existem informações que são construídas desde a compreensão da causa que origina determinado fenômeno, porém algumas vezes não é necessário para determinada tarefa saber toda a origem. Por exemplo, para se dirigir um carro não é necessário saber fazê-lo ou saber o processo mecânico. Aquele que toma um remédio acreditando na cura, na maioria das vezes não tem o conhecimento do seu processo farmacológico, porém terá o efeito. Nesse caso não se pode falar em conhecimento científico, mas não se pode alegar que não se trata de conhecimento.

Já o conhecimento popular é caracterizado por algumas variáveis que são referentes a emoções e experiências diárias, subjetivamente. É considerado valorativo, reflexivo, assistemático, verificável, falível, inexato (TRUJILLO, 1974 *apud* CARVALHO, 2009).

Nesse conhecimento, também chamado de vulgar, não há um por que nem fonte exata das informações, não se sabe explicar cientificamente o motivo e muitas experiências são realizadas ao acaso, mas continua sendo passado para outras pessoas pelo costume, pela cultura, porque “sempre foi assim”.

Trazendo a partir de outra perspectiva de construção do conhecimento, Lakatos e Marconi (2010) trazem que o conhecimento científico difere dos outros tipos de conhecimento, não pela importância e sim o que os diferencia são os métodos de conhecer, o instrumento. Temos que a ciência não é o único método para o conhecimento da verdade, tão como o mesmo objeto pode ser matéria de observação para diversos cientistas. E que terão diferentes formas de análise a depender do observador.

O conhecimento religioso baseia-se em convicções que são consideradas sagradas. Não aceitam contestação, são infalíveis e indiscutíveis devido a “verdades” passadas de geração em geração, e ensinamentos que atribuem ações a vontade de um ser supremo (LAKATOS; MARCONI, 2010). Quando o processo saúde-doença vem à tona, a Igreja se torna apoio e esperança para quem muitas vezes não a frequentava antes do diagnóstico e se torna um elo ainda maior para quem já ocupava esse espaço que promove saúde quando associado no bem-estar causado.

O sofrimento psíquico que uma doença causa pode fazer tanto mal quanto o sofrimento fisiológico, e diante disso a religiosidade é vista como uma grande ajuda no enfrentamento da enfermidade. O fato das pessoas terem a possibilidade de estar em grupo, criarem relações de várias formas possíveis, inclusive de ajudar outras pessoas, traz motivação para continuar o tratamento. (FERREIRA et al., 2011).

Os grupos onde os indivíduos estão inseridos é um fator que pode propiciar o maior conhecimento. O conjunto das relações sociais exercerá influência nas ações individuais em todos os âmbitos, incluindo hábitos, ações de saúde e autocuidado. Sentir-se apoiado é de suma importância para o enfrentamento de situações de saúde que mudem a rotina de vida de uma pessoa, como no caso das doenças que tem um tratamento conservador.

A terapia medicamentosa e as adequações em necessárias para que a assistência seja de fato instituída, são de grande importância para aumento da qualidade de vida e sobrevivência das pessoas

que tem alguma patologia. No caso do HIV/AIDS, as mudanças dos hábitos após o diagnóstico, de forma que o indivíduo mantenha o sexo seguro, se proteja da reinfecção e interrompa a cadeia de transmissão é um fator importante para diminuição de incidência dos casos.

Em uma pesquisa realizada no Ceará em 2014 que buscava avaliar o grau de conhecimento e atitudes de puérperas quanto à infecção e prevenção do HIV/AIDS, com o sujeito total de 278 mulheres, teve como resultado um conhecimento inadequado devido ao fato da maioria não saber citar três formas de infecção e prevenção e muitas delas se colocaram como sujeitos improváveis de contrair a doença. Esse dado é preocupante por tratar-se de mulheres que apresentavam pouco conhecimento e que achavam que contavam com algum fator de proteção seja por se encontrarem em relacionamento estável, ou pelas condições socioeconômicas, o que é um erro comum e aumenta a condição de vulnerabilidade ainda mais (BRASIL et al., 2014).

Um estudo foi realizado em 2012 onde o campo de estudo foi um ambulatório de DST/HIV/AIDS de hospital de doenças infecciosas de Fortaleza-CE, com 64 mulheres para avaliar o que mudou na vida de mulheres após a soropositividade. Quanto ao sentimento e as práticas, ficou perceptível nos depoimentos delas sobre o que mudou após o diagnóstico e incluíam nas falas as seqüelas na sexualidade e na afetividade, o que poderá comprometer a autoestima e a qualidade de vida das mesmas. Também foi trazido após análise dos dados que determinados comportamentos afetivos ou de suas práticas sexuais que antes eram comuns passaram a ser evitados devido ao diagnóstico do HIV, acarretando em limitação ao externalizar a sua sexualidade e o desejo que sentiam. Quanto ao perfil sexual associado com a maternidade, os dados trazem que algumas dessas mulheres tinham o desejo de engravidar e esse desejo era modificado pelo temor de vir a ter um filho soropositivo (MOURA; LIMA; SILVA, 2012).

A equipe de saúde deve estar preparada para acolher estas mulheres visto que relatos relacionados aos sentimentos surgirão com maior frequência quando houver uma equipe de saúde interessada e com escuta ativa. É importante principalmente que tenha conhecimento científico para que contribua para a melhoria das práticas destas mulheres através da informação. Esse público precisa ganhar cada vez mais autonomia, conseguindo através do conhecimento um melhor enfrentamento da nova condição que não é algo simples de lidar. As mulheres precisam saber sobre as escolhas reprodutivas e fazê-las de forma consciente, cabendo ao profissional de saúde apoiá-las e dar suporte em todas as práticas, buscando o vínculo com as usuárias do serviço para fortalecer a participação delas como sujeitos de ação no seu processo saúde-doença.

2.1.1 Conhecimento para sensibilização

Estabelecendo uma aplicabilidade da importância do conhecimento na área de saúde, diversos estudos que comprovam que o conhecimento do portador de determinada doença contribui na redução da incidência da mesma. As doenças de base são “porta de entrada” para outros agravos, então tem que ser controladas. O tratamento do HIV é conservador e dura a vida inteira, sendo necessário para o alcance dos resultados esperados um comportamento adequado, o que só é possível se o usuário tiver uma reação diante das informações que recebeu.

A informação por si só não muda comportamento, atividade ou ação. Saber todas as medidas que devem ser tomadas, todas as prevenções e ações que devem ser feitas, não dá proteção a ninguém, porém saber sobre elas é o primeiro passo para mudança da prática.

No exemplo da Diabetes Mellitus (DM) sabe-se que é possível diminuir significativamente a incidência de novos casos de diabetes através de medidas de intervenção, como a realização de exercício físico e redução de peso em pacientes com alterações da homeostase glicêmica ainda não classificadas como diabéticos. O DM é uma patologia que necessita de controle metabólico por toda a vida (GROSS, 2002). Neste caso o que vai fazer a diferença não é saber o nível glicêmico e como controlá-lo, e sim a real mudança frente a estas informações.

No exemplo da Doença Renal Crônica (DRC) temos que o objetivo final do tratamento conservador da DRC é manter o paciente em uma boa condição clínica e compatível com o estágio de desenvolvimento de sua doença renal, além de emocionalmente estável. Para tal, faz-se necessário o uso de vários medicamentos e de dietas normalmente muito restritas, bem como a realização freqüente de exames laboratoriais e de imagem que acarretam uma interação constante com a equipe de saúde (CANHESTRO, 2010).

Sabe-se que a adesão do paciente, principalmente tratando-se de doença crônica, pode ser influenciada por fatores diversos, ligados ao tratamento, ao próprio paciente, a sua família, às condições sociais e econômicas, além daqueles relacionadas ao sistema de saúde que o atende. Vale ressaltar que entre os fatores apontados como capazes de influenciar a adesão ao tratamento está também o conhecimento do paciente e de seus familiares sobre a doença e sobre aspectos do tratamento (CANHESTRO, 2010).

No caso da Esclerose Múltipla, doença crônica onde ainda não se é possível prevenir a ocorrência nem cura, tão como não há meios de se restaurar as funções perdidas pelo curso da doença, temos que o enfoque principal é o controle dos sintomas. Os medicamentos são recebidos e exigem um nível de adaptação por parte do portador e dos seus familiares, e pessoas que

compartilham a convivência rotineiramente. Em alguns casos é opcional essa adequação ao tratamento, mas a depender da gravidade do quadro pode não haver alternativas quanto a adesão ou não da terapêutica (ALMEIDA et al, 2007).

No Brasil, é estimado que de 10 a 20% da população que representa de 15 a 30 milhões de brasileiros tenham hipertensão arterial (BRASIL, 2015). Entre os hipertensos que iniciam o tratamento, de 16 a 50% desistem da medicação anti-hipertensiva durante o primeiro ano de uso (SARAIVA, 2007). A não adesão ao tratamento anti-hipertensivo, assim como o diagnóstico tardio e o curso prolongado e assintomático da doença, é descrita como um dos principais desencadeadores dos agravos da HAS, suscitando o desenvolvimento de estudos na área (2-5). Estimativas indicam que o grau de não adesão mundial aos tratamentos de Doenças Crônicas (DC) varia de 25 a 50% (BARRETO, 2014); A relação existente entre a não adesão ao tratamento da HAS e o conhecimento do paciente sobre a doença e o regime terapêutico tem sido reportada (HELENA 2010).

Não só o conhecimento como a sensibilização deve ser enfocada ainda mais nas doenças crônicas devido a grande tempo de tratamento e não ter alta do serviço. A nova perspectiva de cronicidade que o HIV adquiriu promete um aumento de sobrevida quando aderida a terapêutica.

2.2. ATITUDE COMO REFLEXO DO CONHECIMENTO

A AIDS é uma doença causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e se caracteriza pela existência de duas fases clínicas predominantes: a assintomática e a sintomática. A primeira é o período da ausência de sintomas, que antecede o comprometimento imunológico; a fase sintomática caracteriza-se por situação de imunodeficiência grave, com aparecimento de complicações clínicas gerais e infecções oportunistas (FARIA; SEIDL, 2006).

Os efeitos causados no corpo do indivíduo na fase aguda passam despercebidos por conta de a sintomatologia ser comum e associada a outras doenças, em sua maioria, já que as pessoas não se colocam em situação de vulnerabilidade, não acham que sofreram exposição ao vírus. Nesta fase os primeiros sintomas são muito parecidos com os de uma gripe, como febre e mal-estar (BRASIL, 2015).

Os sintomas mais característicos do HIV aparecem quando surgem doenças oportunistas que debilitam o sistema imunológico, causando perda de apetite, emagrecimento, enfraquecimento, diminuição da força e fraqueza. O paciente deve saber da sua nova condição o mais rápido possível

para que o manejo terapêutico seja traçado, já que a doença tem tratamento. O diagnóstico tardio contribui para a continuidade do estigma, porque os pacientes sintomáticos têm alterações que acarreta um estereótipo dos pacientes desta DST (ANTUNES et al, 2014),

A partir do surgimento da terapia ARV que a World Health Organization (WHO) - Organização Mundial da Saúde passou a incluir a AIDS na categoria das “condições crônicas”, enquanto doença tratável e clinicamente “manejável” (WHO, 2009). A sobrevivência das pessoas com AIDS cresceu 12 vezes, passando de cinco meses, quando do aparecimento da doença, quando não havia tratamento.

Uma doença crônica tem a capacidade de mudar a rotina das pessoas, pois de forma geral exige maior controle alimentar e de hábitos gerais de vida (tabagismo, sedentarismo, alcoolismo), comprometimento com a terapêutica medicamentosa, comparecimento as consultas e são mudanças importantes que trazem uma nova rotina para as pessoas que as possuem. Mas não basta conhecer as práticas necessárias e não fazê-las, a decisão de seguir ou não o tratamento é tido como atitude positiva ou negativa frente à doença crônica (EAGLY AH, CHAIKEN S 1993 *apud* RODRIGUES et al., 2012).

A atitude sendo então entendida como predisposição à adoção de ações de autocuidado pode ser ensinada e apreendida, e é influenciada por componentes motivacionais, emocionais e tem como objetivo influenciar uma resposta, que no caso é o comportamento do sujeito.

Para que o tratamento seja aderido é necessário que o paciente esteja de acordo com as orientações estabelecidas pelos profissionais de saúde, essas estão intimamente ligadas à terapia medicamentosa e as mudanças no estilo de vida. A adesão relaciona-se também com a aceitação e com o reconhecimento da doença, para que assim possa haver a adaptação às condições de saúde e a identificação dos fatores de risco, atitudes de vida saudável e do autocuidado (COSTA et al, 2013).

O HIV se tornou crônico, no ano 2004, por que os medicamentos foram tomados corretamente mostrando que o vírus poderia ser controlado nas pessoas que aderissem a terapia associada a boas práticas em saúde. Dessa forma a primeira geração de adolescentes nasceu com HIV conseguiu crescer. Nesse novo perfil de cronicidade fica mais evidenciado já que como eles cresceram e se desenvolveram, significa que o estigma da morte não é determinante para quem tem o vírus sendo possível casar, ter filhos e envelhecer. A sociedade terá que se adaptar com essa nova realidade e saber que cada vez mais os soropositivos estarão no seu convívio social (ALMEIDA e LABRONICI, 2007).

Com uma sobrevida maior de pessoas que vivem com HIV, a atenção necessária é também para prevenção de agravos relacionados ao uso prolongado da terapia (BRITO, 2012). É necessário que a pessoa soropositiva conheça os efeitos colaterais do uso prolongado da Terapia Antirretroviral (TARV) para estar preparado caso ocorra mudanças no seu corpo. Há possibilidade de ocorrer a síndrome lipodistrófica, que consiste em uma redistribuição anormal de gordura, alteração do metabolismo glicêmico, resistência a insulina e dislipidemia. Os pacientes devem estar atentos para que não haja estranhamento com seu físico caso aconteça, para que seja algo esperado e não afete a adesão ao tratamento (FIGUEREDO et al., 2014). Além disso, também é possível que haja a diminuição do desejo sexual, alterações de sono, tonturas, disfunção hepática em longo prazo, e os que estão nessa condição devem estar cientes de tais possibilidades.

Para que se possa compreender a dinâmica de doenças como o HIV/AIDS e conhecer o manejo, o saber tem que ir além do saber das taxas epidemiológicas, formas de transmissão e prevenção (FIGUEREDO et al., 2014). No Brasil, as transformações ocorridas nas prioridades políticas contribuíram para que o cenário do HIV/AIDS fosse mudado. Dentre os destaques temos: garantia do acesso universal ao diagnóstico precoce, tratamento oportuno e gratuito, identificação precoce das manifestações clínicas para o adequado encaminhamento, aperfeiçoamento das medicações atuais para que possa reduzir os efeitos adversos e ações de saúde voltadas para a comunidade e grupos que estão principalmente em estado de vulnerabilidade.

O tratamento do HIV, como o de outras doenças crônicas, já é realizado Atenção Básica. Trazer o tratamento nesses novos locais é uma estratégia que proporciona maior vínculo com o usuário e melhor distribuição dos pacientes já que não dependerão mais somente do SAE, terão melhor facilidade de acesso ao serviço, menor demanda de espera, e assim o acompanhamento e a sensibilização serão mais abrangentes.

O caderno de boas práticas desenvolvido pelo Departamento de AIDS e Hepatites Virais, em 2008, já descreve a experiência de três capitais brasileiras no manejo do HIV/AIDS na atenção básica. Já se tem esse objetivo de mostrar que a prática no manejo da terapêutica com a doença deve ser em todas as instâncias da saúde, cabendo o tratamento em complexidade e locais especializados conforme a necessidade do indivíduo e da situação da doença em seu corpo. A única forma de aumentar o acesso ao diagnóstico e ao tratamento é pela rede básica de saúde. Em Curitiba – PR, Porto Alegre – RS, e Rio de Janeiro – RJ, os profissionais do Serviço de Atendimento Especializado já compartilham a experiência e o conhecimento adquirido nesses trinta anos de epidemia com os

profissionais da Atenção Básica para melhorar cada vez a qualidade do serviço de Saúde (BRASIL, 2008).

Um documento já foi criado para dar suporte para os gestores na implantação do manejo do HIV/AIDS na atenção básica, para mostrar o modelo de como estabelecer estratificação de risco, qualificar os profissionais, garantir suporte técnico aos profissionais, disponibilizar exames (CD4 e Carga Viral) e viabilizar o acesso dos antirretrovirais (BRASIL, 2014).

O HIV/AIDS apesar de ser uma doença infecciosa e transmissível, é uma condição crônica. É necessária uma rede de atenção à saúde integrada e capaz de proporcionar um certo nível de cuidados permanentes e sustentáveis, mediante a utilização de estratégias adequadas para prevenção e gerenciamento do agravo.

A facilidade da informação está cada vez maior, pois os Serviços Especializados, Atenção Básica, mídia, através de materiais educativos e ações de saúde estão trabalhando para melhorar o acesso a estas informações. As campanhas e ações contribuem muito para o aumento do conhecimento acerca do vírus, a incidência vem inclusive diminuindo entre mulheres de acordo com o Boletim disponibilizado em 2015, porém esse número ainda é alto.

Apesar da eficácia das campanhas governamentais com o objetivo de esclarecimento sobre a síndrome e as formas de infecção, o conhecimento em si não é suficiente para mudar atitudes em relação às pessoas portadoras do vírus e às práticas preventivas.

3 METODOLOGIA

3.1. TIPO DE PESQUISA

O tipo de abordagem utilizada na pesquisa, que tem se firmado nos últimos 30 anos, a pesquisa qualitativa, foi escolhida a partir da distinção que se faz com o método quantitativo. No método utilizado as variáveis são direcionadas ao decorrer da investigação e não são totalmente definidas previamente.

Minayo (2010) traz que a busca nesse tipo de pesquisa procura entender processos de determinados grupos que não são muito conhecidos para que ao final da pesquisa seja possível ter construído uma revisão, uma nova abordagem, conceito referente ao grupo ou fenômeno estudado.

Ludke (1986) traz que a pesquisa qualitativa tem características básicas. O ambiente como fonte de dados e o pesquisador é o principal instrumento. Além disso, os dados serão

predominantemente descritivos, sendo que a maior preocupação é com o processo e não ao produto final. Neste tipo de pesquisa, segundo ele leva-se em conta o significado que as pessoas dão às coisas e à sua vida já que são focos de atenção especial pelo pesquisador. A análise de dados se dará por método indutivo.

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

Numa metodologia de base qualitativa o número de sujeitos que virão a compor o quadro das entrevistas dificilmente pode ser determinado *a priori* – tudo depende da qualidade das informações obtidas em cada depoimento, assim como da profundidade e do grau de recorrência e divergência destas informações. Enquanto estiverem aparecendo "dados" originais ou pistas que possam indicar novas perspectivas à investigação em curso as entrevistas precisam continuar sendo feitas (DUARTE, 2002).

Conforme são colhidos os depoimentos, vão sendo levantadas e organizadas as informações relativas ao objeto da investigação e, dependendo do volume e da qualidade delas, o material de análise torna-se cada vez mais consistente e denso. Quando já é possível identificar padrões simbólicos, práticas, sistemas classificatórios, categorias de análise da realidade e visões de mundo do universo em questão, e as recorrências atingem o que se convencionou chamar de "ponto de saturação", dá-se por finalizado o trabalho de campo, sabendo que se pode (e deve) voltar para esclarecimentos (DUARTE, 2002).

Dessa forma vemos que esse método possibilitou uma identificação do conhecimento das mulheres do Serviço de Atendimento Especializado a respeito da infecção do HIV/AIDS.

Este estudo foi definido como projeto guarda-chuva do Estratégias de Enfrentamento a feminização do HIV/AIDS em Santo Antonio de Jesus- Bahia. Dessa forma, tanto o campo de pesquisa quanto o instrumento de coleta de dados deste estudo, constituem elementos pertencentes do projeto maior supracitado.

3.2. CAMPO DE PESQUISA

O Serviço de Atendimento Especializado (SAE) oferece atualmente serviços para Santo Antônio de Jesus e mais 25 cidades do Recôncavo. Os sujeitos da pesquisa não são necessariamente da cidade sede. Este serviço foi implantado na cidade de Santo Antônio de Jesus no ano de 2006.

O serviço atende indivíduos com sorologias positivas para HIV I e II, Hepatite B e C, HTLV, distribuição de medicamento, consultas, acompanhamento, verificação de carga viral, este fornece aconselhamento pré e pós testes, além de oferecer insumos de prevenção, lubrificantes e a distribuição regulada de oito latas de leite por mês para crianças até 18 meses de vida, no caso de mães soropositivas. Tudo isso na tentativa de oferecer o suporte necessário para diminuir a vulnerabilidade desses usuários e reduzir as cadeias de transmissão dessas doenças.

3.3 SUJEITOS DA PESQUISA

A pesquisa é composta de um total de 12 mulheres. Estas foram entrevistadas, no período compreendido entre setembro a novembro de 2014, considerando como critério de inclusão terem recebido o diagnóstico de HIV/AIDS.

Os sujeitos da pesquisa foram obtidos através de dados secundário em banco de dados, o que foi um fator limitante para o estudo devido à pesquisadora não ter tido acesso aos sujeitos e acarretar uma leitura exacerbada nos questionários para que pudesse se familiarizar com o material de estudo.

No momento da coleta os sujeitos assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e como forma de garantir este anonimato, a presente pesquisa identificou as entrevistadas com números (E1, E2, E3..)

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

Quando se fala de estudos com participação de seres humanos, onde envolvem coleta e análise de dados, o Brasil tem uma legislação para reger essas pesquisas. De acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Pesquisa Clínica é definida como pesquisa envolvendo seres humanos; a que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais (MUCCIOLI, 2004).

Devem seguir os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, beneficência, não maleficência, e justiça, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 2012).

A coleta dos dados foi iniciada somente após aprovação em Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), cujo parecer de aprovação número 191.710 foi relatado em 18 de fevereiro de 2013, permitindo assim o início da pesquisa no que se refere a autorização para coleta de dados com seres humanos.

Esta pesquisa trata-se de um recorte do projeto “Estratégias de enfrentamento a feminização do HIV/AIDS em Santo Antônio de Jesus-Bahia”, o qual possui parecer de aprovação (nº 191.710) do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRB, que está em anexo no trabalho, por respeitar todos os aspectos éticos de pesquisa com seres humanos, estando de acordo com a resolução 466/2012.

3.5 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Os entraves apresentados nesse estudo, envolveram aspectos relacionados a forma de acesso aos dados. Por ser coleta de banco de dados, e não ter sido a autora da monografia a responsável pela realização das entrevistas, houve dificuldade na interpretação, e algumas perguntas que poderiam ter sido mais exploradas. A expressão facial das entrevistadas poderia enriquecer bastante o trabalho, dar brechas para outras perguntas complementares. A oportunidade perdida de coleta ocasiona que as entrelinhas das entrevistas sejam perdidas, e que informações que poderiam ser mais exploradas mais a fundo seja com maior tempo para resposta, pergunta subsequente, sejam captadas.

Assim, para o desenvolvimento deste trabalho monográfico utilizou-se da coleta de dados realizada pelo referido projeto, no intuito de analisar o conhecimento de mulheres soropositivas a respeito da infecção do HIV/AIDS de Santo Antônio de Jesus-BA sobre o HIV/AIDS.

As participantes da pesquisa utilizavam os Serviços de Atendimento Especializado no município de Santo Antonio de Jesus-BA, sendo estes o lócus da pesquisa, de modo que foram 12 participantes para a construção deste estudo.

Como técnica de coleta dos dados foi utilizado o método de entrevista, a qual possuía um roteiro pré-estabelecido, contendo categorias sobre: perfil socioeconômico; antecedentes ginecológicos e obstétricos, investigação sorológica; percepção a saúde sexual; uso de insumos de prevenção.

Utilizava-se de um gravador MP4 para gravação das respostas, sendo as mesmas transcritas posteriormente na íntegra.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Os sujeitos dessa pesquisa foram 12 mulheres soropositivas ao HIV acompanhadas no SAE em Santo Antônio de Jesus/Bahia. Ao analisar a faixa etária dessas mulheres, foi possível verificar que cinco delas estavam na faixa etária de 20 a 30 anos, apenas uma na faixa etária de 31 a 40 anos, três delas se encontravam entre 41 e 50 anos, uma de 51 a 60 anos e duas de 61 a 70 anos.

A literatura aponta o vírus em pessoas mais jovens e entre os destaques relevantes do Boletim Epidemiológico de 2015, fica reiterado o fato de que o crescimento de Aids na juventude (15 a 24 anos) continua sendo uma preocupação importante e que as ações nesse segmento têm de ser intensificadas.

Pode-se inferir que as mulheres que estão em idade sexualmente ativa precisam estar sensibilizadas a interrupção da cadeia de transmissão, pois poderão transmitir para novas pessoas.

Estas últimas proporcionam também o cruzamento de dados com os índices obtidos na literatura a respeito de transmissão vertical (TV), essa faixa etária que está em idade fértil exige ainda mais atenção para que não haja risco dessa forma de contágio. O direcionamento de campanhas, tão como a atenção ao pré-natal e todos os exames que nele são solicitados devem ser cada vez mais amplo para que todas as mulheres sejam cobertas a fim de diminuir índices de TV. No boletim epidemiológico de 2015 os dados mostram que na taxa de detecção de gestantes infectadas pelo HIV pela primeira vez desde o ano 2000 houve diminuição dessa incidência, passando de 1531 casos detectados em 2014 para 672 em 2015. Levando-se em conta a maior cobertura no pré-natal que aumenta a cada ano, tem-se um excelente dado no processo de feminização do HIV no Brasil e na região Nordeste. Na Bahia, houve uma queda de 315 casos em 2014 para 138 casos em 2015.

Tem-se observado um aumento da faixa etária de 61 a 70 anos em todo o Brasil. Relaciona-se esse aumento com a maior expectativa de vida, maior possibilidade de diagnóstico da doença, e também pelo acompanhamento destas mulheres e uso dos antirretrovirais que quando utilizados corretamente fazem com que o HIV/AIDS assumam um caráter de cronicidade.

Levando-se em conta o que foi exposto e correlacionando-os com o que se refere aos dados Epidemiológicos de HIV/AIDS no Brasil, Boletim Epidemiológico de 2014, entre as mulheres, apresentou uma tendência significativa de aumento entre aquelas com 15 a 19 anos, 55 a 59 anos e 60 anos ou mais, sendo o aumento de 10,5%, 24,8% e 40,4% de 2004 para 2013, respectivamente. O que pode de certa forma ser verificado também nesse estudo, existindo assim uma prevalência mais elevada nessas faixas etárias. No que se refere às faixas etárias de 20 a 24 anos até 40 a 44 anos, observa-se, de 2004 a 2015, uma tendência significativa de queda.

Sobre o estado civil, uma é viúva, duas são divorciadas, quatro são casadas ou em união estável e cinco são solteiras. Destas doze, onze trouxeram que a transmissão foi por relação sexual através do parceiro em relação heterossexual e apenas uma relata a suspeita de ter sido através do uso de materiais compartilhados que no caso foi o alicate de unha.

O que a literatura trás quanto à heterossexualização do HIV/AIDS foi compatível com o encontrado na pesquisa, visto que a partir dos anos 90 houve um aumento da transmissão do vírus do HIV nas mulheres via relação heterossexual, nominou-se heterossexualização e feminização da doença (NEVES et al, 2010). Ainda nesta variável, é possível inferir a importância do uso do preservativo em relações sexuais futuras; explicar as possibilidades às mulheres solteiras, atentando ao uso do preservativo em todas as relações sexuais, falando da importância do uso para não infectar o parceiro caso ele não seja soropositivo, tão como quando há parceiro fixo e ambos sejam soropositivos, abordar a questão da reinfeção e carga viral.

Na variável da escolaridade, tivemos cinco entrevistadas que estudaram até o ensino fundamental incompleto, duas estudaram até o ensino fundamental completo, quatro mulheres do estudo concluíram o ensino médio e apenas uma mulher com ensino superior completo. Tal resultado mostra que o grau de escolaridade baixo irá refletir numa menor opção de escolha quanto a ocupação, trabalhando então em lugares que proporcionarão maior desgaste, menor qualidade de vida e pauperização devido aos salários insuficientes e muitas vezes divididos para muitas pessoas

. Quando é analisado o nível de escolaridade das mulheres entrevistadas, percebe-se que quanto menor os anos de estudos, maior a vulnerabilidade delas ao contágio porque quanto maior informação adquirida pelo indivíduo ao longo da vida, menor o risco de contaminação. O fator é condicionante e não determinante, visto que mesmo com o conhecimento sobre formas e prevenção, proteção e contágio, o fato de não se colocar como vulnerável e se expor a relação desprotegida também traz contaminação. No universo dos sujeitos da pesquisa tem uma mulher

com nível superior, que é a entrevista onde é percebida maior informação na entrevistada onde ela traz conceitos importantes, mas que não determinaram a não infecção da mesma.

Na variável religião, temos cinco mulheres evangélicas, quatro católicas, uma espírita e duas afirmaram não ter religião. A religião é importante, pois oferece apoio e é uma forma de enfrentamento da doença. A importância religiosa é percebida também pela utilização de crenças e comportamentos religiosos para facilitar a resolução de problemas, prevenir ou aliviar conseqüências emocionais negativas estressantes (SANTOS et al, 2013).

No que diz respeito a raça/cor (autodeclarada) seis eram negras, três pardas, duas amarelas e uma branca. Esta variável é relacionada devido à coleta ter sido realizada em Santo Antônio de Jesus, município do Recôncavo Baiano onde há um processo histórico fortemente ligado a prevalência de negros e pardos. Albuquerque (2010) traz que a vulnerabilidade da população negra tem baixa escolaridade e renda como fatores que contribuem para tal condição devido ao acesso a bens e serviços, tal afirmação é compatível com os dados da pesquisa. Marques (2010) traz que o quadro de pobreza em que as mulheres contaminadas pelo HIV estão inseridas em sua maioria é associado com mulheres negras e de baixa escolaridade. Silva (2010) traz o processo histórico da população negra no Brasil, mostrando que os fatores históricos, o Estado não fornecer subsídios para que houvesse uma estrutura de saúde, educação e oportunidade após a abolição da escravatura marginalizassem estes indivíduos, e os resquícios de tal processo repercutem até hoje.

No que tange a variável ocupação, os dados trazem duas desempregadas, uma nunca trabalhou, cinco são autônomas sem estabelecimento próprio, duas são assalariadas e duas aposentadas. A renda per capita das famílias das mulheres entrevistadas é predominantemente menor que meio salário mínimo, com exceção de duas entrevistadas. O menor poder aquisitivo influencia na propagação da doença nessa classe social por conta das relações interpessoais prevalentes de pessoas do mesmo grupo econômico. A presença do vírus está em indivíduos em todas as classes, porém nas mais elevadas tem uma incidência bem menor (BASTOS, 2011).

Fonseca *et al* (2008) traz que: “A posição do indivíduo na estrutura social constitui um importante preditor das suas condições de saúde, sendo que o padrão de risco observado é constantemente desvantajoso para os indivíduos pertencentes aos grupos sociais menos privilegiados” .

Diante dos dados expostos percebe-se que houve o perfil da pesquisa, foram aquelas de pouca escolaridade, negras e de baixa renda. No que diz respeito a orientação sexual, sabe-se que a prática heterossexual é nesse momento o principal meio de contaminação das mulheres, que

adquirem a doença na maioria das vezes através de seus parceiros sexuais, sejam em interações sexuais pontuais ou em relações consideradas estáveis, que podem ser maridos, namorados e noivos (SILVA e ROCHA, 2010). Outro fator que influencia a feminização da AIDS é a diferenciação de gênero ainda existente, na qual se criam diferentes formas de poder entre homens e mulheres. As mulheres têm dificuldade de exigir a prevenção do HIV e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis - DSTs através do uso do preservativo, pois poderia parecer que não acreditam na fidelidade de seus parceiros, podendo até sofrer agressões caso exijam a prevenção.

É percebido também que as mulheres entrevistadas moram em Santo Antônio de Jesus em sua minoria, são apenas três residentes na cidade sede do Serviço de Atendimento Especializado como mostra na Tabela 1, o que mostra que o investimento realizado no local justifica pela demanda coberta de outras cidades.

ID.	Idade	Escolaridade	Cor da Pele	Religião	Estado Civil	Ocupação	Cidade
E1	30	Fundamental incompleto	Negra	Evangélica	Casada	Desempregada	São José
E2	43	Médio completo	Parda	Católica	Divorciada	Autônoma Estabelecimento	Sem Nazaré
E3	45	Superior completo	Parda	Espírita	Solteira	Assalariada	Castro Alves
E4	69	Fundamental incompleto	Branca	Evangélica	Viúva	Aposentada	SAJ
E5	55	Fundamental incompleto	Negra	Evangélica	Solteira	Assalariada	Morro de SP
E6	41	Fundamental incompleto	Negra	Católica	União estável	Autônoma estabelecimento próprio	sem SAJ
E7	24	Médio completo	Negra	Católica	Solteira	Autônoma estabelecimento próprio	sem Castro Alves
E8	26	Médio Incompleto	Amarela	-----	Solteira	Desempregada	Amargosa
E9	37	Médio completo	Parda	-----	União estável	Autônoma estabelecimento próprio	sem SAJ
E10	21	Médio Incompleto	Negra	Católica	Solteira	Autônoma estabelecimento próprio	sem Amargosa
E11	28	Médio completo	Negra	Evangélica	Divorciada	Nunca trabalhou	Cairu
E12	66	Fundamental incompleto	Amarela	Evangélica	Casada	Aposentada	Tancredo Neves

Tabela 1.

4.1.1 PERFIS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

Quanto aos dados do perfil sexual e reprodutivo das entrevistadas, os dados trazem que 8 apresentaram menarca dos 11 aos 13 anos e 8 dos 14 aos 15 anos. Quando se fala da coitarca, 6 mencionam que ocorreu entre os 14 e 17 anos e 6 mencionam que ocorreu dos 18 aos 22 anos.

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) traz que a exposição sexual é um fator de risco para o câncer de colo de útero. A exposição sexual neste caso inclui a coitarca precoce, tão como múltiplos parceiros durante a vida. (INCA, 2016). Em um estudo realizado em São Paulo em 2001 para avaliar um Programa de Prevenção do Câncer de Colo do útero do município de Jaú e que contou com um total de 16.876 citologias foi achado que 64% das mulheres referiram a primeira relação antes dos 19 anos e ao correlacionar com os exames citopatológicos, observou uma relação positiva entre alguns fatores de risco, dentre eles a coitarca foi o principal. De acordo com o Manual de Saúde Sexual e Reprodutiva, disponibilizado pelo Ministério da Saúde, tem-se que:

Nas últimas décadas, vários estudos vêm demonstrando que a primeira relação sexual está acontecendo cada vez mais cedo. É muito importante que adolescentes e jovens estejam informados sobre sexo seguro e dupla proteção, incentivando-se o uso da camisinha masculina ou feminina em todas as relações sexuais, associada a outro método anticoncepcional.

Um início sexual precoce acarreta mais parceiros ao longo da vida, e não somente isso como também chances maiores de doenças sexuais, comportamento anti-social e gestações indesejadas, e está intimamente ligado às bases familiares e experiências de amigos (HUGO et al., 2012).

Outro fator importante tratar do fator de perfil sexual, por tratar-se de um estudo realizado com mulheres, que são as progenitoras. É direito de toda mulher ter filhos e o perfil das entrevistadas falando-se da idade, mostra que estão em idade reprodutiva em sua maioria. Algumas das mulheres inclusive receberam o diagnóstico da doença nos exames realizados no pré-natal, mostrando a importância da adesão ao pré-natal que proporciona a detecção através dos testes rápidos visto que o Ministério preconiza a testagem e aconselhamento no primeiro trimestre ou primeira consulta de pré-natal e no terceiro trimestre, o que proporciona detecção precoce, atendimento ambulatorial com multiprofissional e encaminhamentos (VALENTE, 2014).

É essencial que haja o planejamento adequado e seguro, e que as mulheres saibam do momento certo para engravidar prevenindo a transmissão vertical ao feto tão como a reinfecção do parceiro. A educação sexual formal também pode ajudar a minimizar os riscos da iniciação sexual precoce e considerando que as relações estão ocorrendo a cada dia mais cedo, a participação da

família é necessária e a orientação deve ser feita de forma que ajude na promoção a saúde dos jovens.

4.2. CONHECIMENTO DE MULHERES SOROPOSITIVAS

4.2.1 NA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL

A primeira relação sexual um momento importante e marcado por muito medo e expectativa. Esse evento normalmente ocorre na adolescência, onde está ocorrendo mudanças fisiológicas e psicológicas no indivíduo. Nessa perspectiva, a primeira relação marca o início de uma etapa na vida de qualquer pessoa.

O início da vida sexual precoce e as conotações do sexo apontam a questão de gênero como ponto para a vulnerabilidade diante das DST. A falsa crença que os jovens têm de que somente se relacionarão sexualmente com pessoas saudáveis, devido à imaturidade, fazem com que eles tenham a percepção errônea sobre segurança e sexo seguro. Os jovens que iniciam a vida sexual cedo, precocemente, estão vulneráveis mais cedo de ter DST (BESERRA et al 2008).

Entre as vulnerabilidades estão a confiança estabelecida no relacionamento afetivo, ainda mais se tratando da primeira relação sexual onde as mulheres priorizam o sentimento de "entrega e amor", o difícil acesso dos adolescentes ao preservativo, a imprevisibilidade do ato sexual, o sentimento de que Aids é uma “doença do outro” que soa como invulnerabilidade (SALDANHA et al., 2008) como é possível ver na fala de uma colaboradora da pesquisa quando perguntada sobre o uso do preservativo na sua primeira relação e o motivo da decisão de não usar o preservativo:

[...]Não sei, cabeça vazia mesmo, eu não pensava como hoje. A AIDS já existia e a propagação estava aí para todos e lembro de muitas pessoas, já passava na televisão o óbito de várias pessoas e eu pensava “nossa, que doença devastadora meu Deus”, mas mesmo pensando em tudo isso eu não usei. (E3)

Desta forma, o motivo do não uso do preservativo não foi por falta de conhecimento e sim pelo sentimento de entrega com o parceiro. Segue abaixo o relato de outra mulher onde devido a entrega e amor ela se expôs ao vírus mesmo que conhecendo os riscos:

[...]Ele já tinha, quando começamos a namorar ele me contou que fez uma doação de sangue e descobriu esse problema. Ele terminou comigo, eu era virgem e ainda tava no começo, mas

eu quis continuar porque já gostava dele. Fiquei com essa doença praticamente porque eu quis né? Sem cabeça né? (E9)

Porém esta mesma entrevistada (E9) mostra através de outro trecho que o conhecimento que tinha na época não foi totalmente suficiente para que ela conhecesse sobre o modo de transmissibilidade de uma forma abrangente, o que pode ter influenciado na sua decisão de abrir mão do preservativo como segue abaixo:

[...] Na época não era tão esclarecedor como hoje. Hoje além de a informação ser maior, a minha mente não é igual. A gente achava que se não gozasse dentro não iria transmitir, que o que transmitia era o esperma.

Houve no caso acima uma falta de informação para que o conhecimento fosse completo. O jovem deve conhecer os riscos, conhecer o seu corpo, ter acesso livre serviço de saúde. O Programa Saúde na Escola (PSE), é uma política intersetorial da Saúde e da Educação, foi instituído em 2007 e preconiza entre seus projetos a saúde sexual e reprodutiva como ação de prevenção. Porém ainda hoje na literatura são poucos os trabalhos que contribuem para orientação dos profissionais na implementação dessa política pública, o que apresenta fortes indícios que as práticas estão ainda voltadas para o assistencialismo e não para a promoção da saúde (SANTOS et al., 2012).

O difícil acesso dos adolescentes ao preservativo, a crença de diminuição do prazer são fatores que influenciam o uso da camisinha masculina ou feminina nesse momento da vida. Além disso, o enfoque moralista do discurso dos profissionais de saúde quando se referem à sexualidade adolescente ainda é um obstáculo para adesão do uso do preservativo (Paiva V, Peres C, Blessa C. *apud* SALDANHA et al., 2008). Vale destacar que ainda que seja utilizado o preservativo na primeira relação sexual, não é determinante para fator protetor, pois uma exposição ao vírus é suficiente para que haja o contágio, e a prevenção efetiva é tida como o uso do insumo em todas as relações sexuais posteriores também.

A oportunidade de um diálogo aberto que permita o esclarecimento de dúvidas desde cedo, seria uma grande orientação para prevenir as DST. Porém muitas vezes nem em casa, nem na escola esse diálogo é construído tornando-se uma atribuição de responsabilidade da família para a escola e da escola para a família sendo que as duas são responsáveis e ambas se sentem despreparadas para fazer tal abordagem. (BESERRA et al., 2008)

O que leva os pais a não conseguir falar sobre sexo e sexualidade com os filhos envolve: falta de instrução sobre DST, vergonha, ver o sexo como um tabu, não ter liberdade com os filhos.

A falta de diálogo foi um fator determinante para a falta de conhecimento para que ela pudesse se proteger como segue no discurso abaixo:

[...] Não usei porque naquela época tudo era escondido de pai e mãe. Ninguém explicava nada, não passava nada na televisão. Bem pouco se tinha televisão, né isso? (E5)

A colaboradora E5 tinha 55 anos no período que foi entrevistada, então, havia algumas décadas que ela passou pela fase da adolescência. Mesmo assim, segundo Gonçalves e Damke (2005) o relacionamento dos pais com os filhos têm ainda certo afastamento devido a situações que surgem nessa fase da vida, como exemplo o controle nos horários de saída e chegada em casa, a ingestão de bebida alcoólica, aparência pessoal e devido a esses fatores há discussões que impedem a discussão de temas importantes como a sexualidade. Ou seja, a situação não há mudança significativa no diálogo dos pais e filhos quanto à temática.

Quando infectados, os jovens ficam com medo da enfermidade, por desconhecê-la, por pela carga histórica que a doença trás e medo dos pais descobrirem o início da sua vida sexual fazendo com que só descubram quando surgirem os sintomas da doença.

Para mudanças nesse cenário, já que o jovem deve conhecer os riscos, conhecer o seu corpo. O Programa Saúde na Escola (PSE), política intersetorial da Saúde e da Educação, foi instituído em 2007 e preconiza entre seus projetos a saúde sexual e reprodutiva. Na literatura são poucos os trabalhos que contribuem para orientação dos profissionais na implementação dessa política pública, o que apresenta fortes indícios que as práticas estão ainda voltadas para o assistencialismo e não para a promoção da saúde (SANTOS et al 2012).

A escola neste contexto é um espaço onde pode haver um diálogo com discussão de temas como a sexualidade, ajudar o jovem a conhecer seu próprio corpo e também abordar os riscos numa relação sexual. O livre acesso do adolescente aos serviços de saúde também é uma medida que deve ser mais divulgada e estimulada visto que nem sempre o PSE é colocado em prática.

A pouca idade, a falta de maturidade e a desinformação ou não acesso dos meios preventivos, tão como a influência do parceiro sexual levaram estas meninas a não usarem o preservativo na hora da relação. Das 12 mulheres, 9 relataram não ter utilizado o preservativo na primeira relação sexual, o que mostra que elas já iniciaram sua vida sexual numa condição de vulnerabilidade, o que não significa que foi na primeira que elas contraíram o vírus, porém correram o risco.

As informações têm que chegar cada vez mais a meninas e mulheres que não tenham iniciado sua vida sexual para que essa vulnerabilidade seja diminuída visto que quando elas entendem que o preservativo deve ser usado e estão sensibilizadas para tal ação de saúde, as relações posteriores serão com proteção. Porém a sensibilização contínua tem que ser realizada pois a informação e uso somente em algumas relações não garante a proteção, tem que ser em todas as relações sexuais. A maior preocupação nesse momento de coitarca para as que usaram, era a gravidez e não uma DST. Em resumo, a falta de orientação, de informação e confiança no parceiro foi um dos fatores que influenciou essas mulheres a não se protegerem na primeira relação sexual, uma lacuna na experiência delas, pois não percebiam o risco de uma relação sem o preservativo.

Das mulheres que não usaram o preservativo nove trouxeram diferentes justificativas. Dentre as mais sinalizadas, temos:

Não. Na adolescência, não tinha noção, não sabia da existência do vírus, mas sabia que existia a camisinha. (E1)

Não. Porque não existia, era só pra quem tinha condição de comprar. (E12)

As falas acima mostram o quanto é importante a divulgação constante acerca do vírus para que a informação chegue a mulheres que não iniciaram sua vida sexual. A importância da discussão nas escolas, a orientação quanto a insumos de prevenção mesmo quando as práticas ainda não são realizadas é uma contribuição para aumento do conhecimento e emponderamento na primeira relação sexual.

É necessário ratificar a importância da mídia inclusive nos dias de hoje onde o tabu a respeito de tal assunto ainda é presente nas famílias. O diálogo sobre o tema é pouco quando se pensa na relação pais e filhos, e este conhecimento muitas vezes fica a cargo dos meios de comunicação, panfletos informativos, internet, amigos e escola. A família deve ser sensibilizada a orientar o jovem ao perceber comportamentos que iniciam a vida sexual e mostrar que ao não usar o preservativo você se coloca em condição de vulnerabilidade.

Na fala abaixo há um relato de por falta de diálogo sobre sexo, a mulher conduziu sua prática baseada numa informação errônea que foi dada pelo parceiro:

Não. Pense numa pessoa inexperiente, e na verdade ele disse que iria doer mais se usasse camisinha. (E10)

Esta última fala demonstra a inexperiência sexual que é normal na primeira relação por ser algo novo e não tão discutido nas famílias. O sexo é mais do que a prática sexual o fisiológico e mais do que doenças e mais do que gravidez, ele nasce das relações das culturas e tendências, e é a mais incontestável propensão natural do ser humano (BAUMAN, 2004).

Há um misto de sentimentos, nervosismo, local que proporcione conforto ou não, estabilidade emocional e confiança no parceiro. São tantos fatores em uma relação que não se sabe de exato quando acontecerá, então o máximo de conhecimento que as mulheres adquiram até esse momento aumenta a possibilidade de elas estarem sensibilizadas ao uso do preservativo que será o fator de proteção para elas.

Nos depoimentos abaixo é destacado o uso do insumo de prevenção na primeira relação nas três mulheres que utilizaram o preservativo masculino. Porém o que mobilizou elas utilizarem o preservativo na primeira relação sexual foi unicamente ligado ao medo de uma gravidez como é possível ver nos trechos de falas abaixo:

Sim. Usei pra não engravidar (E2)

Sim. Eu tinha medo de engravidar (...) (E7)

Sim. Usei para evitar gravidez, doenças, algo assim. (E11)

As mulheres que utilizaram o preservativo, mesmo limitado, não abordando inicialmente as doenças sexuais, apresentavam maior conhecimento na primeira relação sexual acerca do que poderia acontecer, e de certa forma o conhecimento foi suficiente para a proteção dela. O que pode analisar em relação a esse dado é que caso fosse oferecido a possibilidade de uso de outra forma de insumo de prevenção que prevenisse somente a gravidez, porém não as doenças sexuais como inúmeras mulheres aderem nos dias atuais (anticoncepcionais hormonais, diafragma, dispositivo intra-uterino) se esse uso na primeira relação teria acontecido.

É necessário fazer uma reflexão sobre a contracepção e suas conseqüências na adolescência, e em uma reflexão feita por Vieira et al. (2006) baseada em produções nacionais e internacionais foi indicado o alerta quando precocidade no início da atividade sexual pois expõe os adolescentes aos riscos da gravidez e das doenças sexualmente transmissíveis. O uso de anticoncepcionais e seus efeitos colaterais que vão desde ansiedade e náuseas até acidentes vasculares cerebrais, sendo que o

tempo de uso prolongado tem influência sobre esses efeitos. Vale ressaltar que o uso dos anticoncepcionais hormonais não previne doenças sexualmente transmissíveis, somente a gravidez.

A vulnerabilidade destas mulheres que usavam o preservativo esteve em relacionar o sexo desprotegido somente com a gravidez, o que pode ter relação com o tipo de interação que elas tinham com o parceiro, se era um relacionamento estável ou não, entre outros fatores.

Discutindo os dados da pesquisa com o que Paiva V et al. (2008) traz num estudo onde foi confrontado dados coletados em 1998 e em 2005, para que fosse possível analisar o comportamento sexual e perfil dos jovens de 16 a 19 anos no Brasil, com uma amostra de 670 jovens. Os resultados trazem que os sujeitos da pesquisa tendem a não usar preservativo no início de sua vida sexual e definem esta relação como casual. Os principais motivos alegados para a sua não utilização de modo consistente são: não gostar de usá-los, confiar no parceiro e a imprevisibilidade das relações sexuais. É um dado a ser analisado devido a nestes dois períodos já terem iniciado ações de educação, trabalho com mídia, e o tema estava sendo bastante discutido devido também ao processo de feminização.

O conhecimento proporciona maior possibilidade de sensibilização, e quanto mais cedo as mulheres tiverem o conhecimento necessário para uso do preservativo haverá uma menor incidência de casos de HIV.

4.2.2 O ENFRENTAMENTO DA DOENÇA

Quando a AIDS surgiu no Brasil, era uma doença desconhecida com uma capacidade de disseminação muito alta e com uma epidemiologia muito impactante negativamente. Era um misto de sentimentos que vinham desde o preconceito, rejeição, falta de apoio, medo da morte. A doença foi estigmatizada, por ter atingido inicialmente uma população que eram agora grupo de risco, que se consistia em homossexuais, usuários de drogas injetáveis, garotas de programa, estigma criado naquele período, mas que reflete até hoje. Quando se trata das mulheres, há uma exposição ainda maior devido a toda cultura que há por trás, de acordo com Julião *apud* Carvalho e Galvão (2008) tal assunto abrange questões que envolvem o “[...] casamento, à maternidade, à sexualidade, à relação de gênero e outros aspectos íntimos da natureza feminina, indissolivelmente associadas à prevenção do HIV”.

O diagnóstico do HIV influencia no estado de vida destas mulheres, acarretam mudança de hábitos e de condições as quais elas vivem. As entrevistas trazem trechos que demonstram que elas

têm conhecimento acerca do tratamento da infecção, que com o uso dos antirretrovirais, a adesão a terapia medicamentosa, terão certo controle da doença.

[...] Normalmente falam que mata. É uma visão totalmente diferente aqui no CTA. Aqui é tranquilo, é a mesma coisa de você ter diabetes, algo assim. (E10)

[...] peguei do meu marido, mas tomando os remédios sei que não é uma coisa que vai me matar assim não [...]. (E4).

O fato de terem saberem que existem doenças piores do que o HIV, que esta tem tratamento gratuito, e não mata caso a terapia e o acompanhamento seja realizado efetivamente, podem de certa forma possuir saúde mesmo estando com o vírus no corpo, leva essas mulheres a não concordar com tanto estigma que ainda existe acerca da doença. O discurso abaixo mostra que o preconceito acerca do HIV causa um impacto profissional, o que afeta o poder econômico devido a não proporcionar que elas tenham renda.

[...] na roça com o marido. Quem tem HIV o povo não gosta de dar emprego, tem gente que é racista [...]. (E6)

Em 1989, profissionais da saúde e membros da sociedade civil criaram, com o apoio do Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, a Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da AIDS (BRASIL, 1989). Dignidade, acesso a saúde, é direito e todos devem ser direitos assegurados com afincos a estes indivíduos que estão em um grupo considerado mais vulnerável ao preconceito e discriminação. No artigo quinto deste documento, tem-se que “Ninguém tem o direito de restringir a liberdade ou os direitos das pessoas pelo único motivo de serem portadoras do HIV/AIDS, qualquer que seja sua raça, nacionalidade, religião, sexo ou orientação sexual.”

Existem direitos para portadores do HIV, no trabalho, nas finanças, nos transportes, na justiça que muitas vezes não são conhecidos pelos mesmos. A falta de informação, a baixa escolaridade dos portadores pode ser relacionada a este fator. O vírus afeta a vida do indivíduo, fazendo com que surja o sentimento de abandono, ansiedade por conta da suposta morte anunciada, que pode interferir na autoestima. Saber que está amparado pela lei, ter o conhecimento de que não pode ser demitido devido a ser soropositivo, por exemplo, gera um emponderamento na pessoa que

vive com HIV. Quando o indivíduo conhece sua doença e suas mudanças, diminui a possibilidade de suposições e de ser influenciado por informações erradas de terceiros, porém o conhecimento do infectado não é determinante para o comportamento de outras pessoas para com ele, então não significa que esta pessoa não será afetada pelo estigma social da doença.

O sentimento de angústia e tristeza vai além de relações das mulheres com o meio externo. Há também a questão de reconhecer-se como um possível agente transmissor da doença e ao terem essa percepção passam a renunciar a prática sexual. O conhecimento que elas têm relacionado ao uso do preservativo em todas as relações sexuais não é suficiente para que elas se sintam seguras nas práticas sexuais. Isso demonstra uma dissociação da teoria com a prática quando analisa a entrevista:

[...] não tive parceiro nem faço questão de ter. Morro de medo que alguém diga ‘foi você quem fez isso comigo [...]’ (E5)

O discurso da acima mostra que mulher entrevistada deixou de ter relação sexual que é uma necessidade básica humana, é inerente a vida de todos os seres vivos (SANTOS, 2007), e que no caso dos seres humanos busca-se também o prazer sexual. Além disso, o sexo produz diversos benefícios, entre eles melhora cardíaca, resistência, tem efeito imunológico, antidepressivo, perda de peso.

O motivo para deixar de ter relações sexuais não é somente associado com o medo de infectar novas pessoas. O tratamento pode ocasionar alguns efeitos colaterais como a perda da lubrificação vaginal, diminuição do desejo sexual, diminuição da libido, secura na boca (MALBERGIERA, 2001), podem ser fatores causadores de falta de vontade sexual como nas entrevistadas abaixo, que se afastou das pessoas sem expressar um motivo exato.

[...]Não tive mais parceiro, me afastei das pessoas”(E2)

Quando a mulher é a infectada numa relação de casais heterogêneos, o uso do preservativo é mais presente do que quando o homem é soropositivo. (SANTOS, *et al* 2002) Esse dado mostra que as mulheres poderiam ser sujeitos preferenciais quando fala-se da iniciativa de prevenção à transmissão heterossexual. As mulheres trazem que já negaram ou negariam a relação sexual por não conseguir fazer com que o parceiro aderisse o preservativo na relação:

[...] Já teve até momentos de eu falar “então não vou fazer porque você não quer usar (E3)

[...] Meu último parceiro reclamava e eu falava: “se você não usar o preservativo eu não te quero (E5)

[...]Para evitar que ele pegue também né? Quando um não quer dois não brigam, se ele não quer camisinha eu também não quero namorar (E10)

O conhecimento fortalece e proporciona ações práticas como as que pudemos perceber nos discursos acima que as mulheres tiveram informação suficiente para a adesão do preservativo que poderia ser quanto a reinfeção, infecção por outras DST's, gravidez indesejada, ou todas estas, mas que foi suficiente para prática correta. O diagnóstico e tratamento do HIV na mulher são importantes visto que não é apenas relacionado ao ato sexual e sim a reprodução humana também.

É necessário um apoio, acolhimento, orientações e aconselhamento para aceitação da nova condição de portadora do vírus e estratégias a desvincular das estigmatizações e preconceitos. O problema não é somente relacionado com ter ou não conhecimento. Envolve desafios de outras instâncias, como educação, gênero, classe, grupos sociais (DIÓGENES, 2015). O modo de enxergar a doença é trabalhado no SAE e a partir da condução dos profissionais e informações passadas para as mulheres, faz com que seja construída uma nova visão da doença de tal forma que para elas seja mais fácil de lidar. Após certo tempo quando a nova condição é aceita pelas mulheres, elas estão em tratamento mantendo sua saúde com qualidade, não haveria motivo para tanto preconceito ainda sofrido, o que atrapalha a qualidade de vida das mesmas.

Nos discursos, foram percebidos diversos tipos de conhecimento. Houve relatos onde eram encontrados termos técnicos, com conduções de fisiologia da doença, que indicam o conhecimento científico:

[...] quem faz o teste consegue ter um diagnóstico mais precoce, é melhor porque sua carga viral não fica tão alta (...) e graças a Deus o tratamento deixa você num nível de qualidade de vida quase que normal [...]. (E3)

Também foi perceptível que houve conhecimento acerca da sintomatologia, não pelo conhecimento científico, mas talvez por já ter passado por tal situação, como é percebido em:

[...] como isso pôde acontecer? Dá fraqueza no corpo, se sente cansada, a pessoa tenta trabalhar e não consegue [...](E1)

É necessário ressaltar o conhecimento que elas têm sobre a terapia medicamentosa associada a maior qualidade de vida. A importância da educação em saúde foi citada indiretamente nas falas, mostrando a importância do profissional do serviço. A orientação é uma metodologia de enfrentamento, considerada de baixa tecnologia, porém não menos eficaz. As mulheres que chegam para o SAE necessitam de atividades educativas constantes para que o conhecimento se efetive ainda mais.

Para uma boa adesão de terapêutica, deve haver um consenso entre profissional e usuário do serviço para que a condução seja eficaz. O conhecimento, a motivação a buscar melhor estado de saúde, o acompanhamento e controle da doença são primordiais, e uma das principais estratégias são as atividades educativas que propiciam que os indivíduos envolvidos possam refletir e perceber sua saúde como um direito. Quando participa de atividades educativas, aumenta o conhecimento e voz ativa no processo do cuidado (ULBRICH et al 2012). As ações educativas que são realizadas no SAE é um fator que contribui para qualidade de vida das mulheres como é notado no discurso abaixo:

[...] com o passar do tempo fui vendo que não é aquilo tudo e que tomando a medicação no tempo certo não é uma coisa que vai me matar assim não [...]. (E7)

[...] Fiquei abatida, mas sabia que não ia morrer. O médico falou que hoje em dia você não vai morrer mais disso, é como diabetes, controla e pronto (E9)

[...] Vejo falar muitas coisas, que tem pessoas que morrem dessa doença, se não tratar morre mesmo. É um negócio sério, mas acho que tem doenças piores porque essa tem tratamento graças a Deus e é gratuito.”(E12)

Assim, o conhecimento é um fator positivo, mas ele também pode assustar um pouco devido ao medo pelo preconceito e como já discutido o conhecimento não acarreta mudança no comportamento de terceiros. Foi percebido que a pessoa soropositiva, ao saber do diagnóstico, se vê muitas vezes sem apoio, com medo do que está por vir devido ao preconceito e rótulos que surgem para os soropositivos. Isso é uma mudança, uma transformação que representa muito para tais indivíduos, inclui discriminação. Tal fato acaba tornando-se um ciclo vicioso; o estigma faz com

que as pessoas soropositivas não revelem sua condição, o que faz com que o tema não seja discutido como deveria por conta da “proteção” que as pessoas sentem ao não revelar sua condição, e isso acarreta com que o estigma seja mantido. Abaixo segue relatos que trazem repercussões nas vidas das mulheres:

[...] mas, te digo que prejudicou muito a minha vida, muito preconceito, não sei porque tanto preconceito sabendo que tem doenças piores [...]. (E5)

Os usos dos antirretrovirais melhoram a qualidade de vida, diminui a carga viral e na prática a doença fica menos letal, não há porque ser mantida a idéia de que conviver com o HIV é todo esse sofrimento e que haja tanto estigma pela doença.

Diante de tal mudança de vida e sentimentos que vem com essa mudança, são buscados meios para que a mulher consiga viver melhor. A fé acaba sendo um grande refúgio para as pessoas acometidas pelo agravo por conta do conforto proporcionado pelas crenças, é de grande valia tal conhecimento para busca do paciente pelo seu bem estar.

Mesmo com movimentos atuais que enfocam a realização do cuidado holístico, ainda há poucos espaços de discussão no meio acadêmico quanto à espiritualidade. Isso acarreta com que as instituições religiosas abarquem quase que exclusivamente essas questões. O crescimento da quantidade de estudos vem acontecendo, porém não há muita informação ainda quando a espiritualidade de pessoas que vivem com o HIV, porém o que se é percebido nos estudos disponíveis é que essa área espiritual aparece ou passa a se destacar na vida do indivíduo devido a usá-la como enfrentamento da doença (SANTO, GOMES e OLIVEIRA, 2013).

Foi percebido nas entrevistas que a importância da doença não é tida apenas ao fisiológico, e sim pela representação da mesma para a mulher. É uma mudança de vida, é uma mudança de sentido da vida e a forma que os sujeitos encaram essa nova condição.

A religiosidade mostrou-se importante para conforto, fuga, e esperança nos sentimentos das mulheres a respeito da doença, e no contexto do processo saúde-doença é percebe-se a importância da religiosidade em diversos âmbitos que melhoram a qualidade de vida da pessoa. A religiosidade se torna um problema quando se torna a única forma percebida de cura pelo indivíduo e faça com que não haja a adesão ao tratamento. O discurso abaixo mostra a importância da religiosidade para a esperança, porém sem deixar de fazer uso dos medicamentos:

[...]Tomo muitos comprimidos e confio em Deus, eu creio que ele já marcou o dia de eu vim tirar sangue e eu creio que vai estar limpo em nome de Jesus [...] (E12)

A esperança foi objeto de estudo em 2012, quando foi realizado um estudo em Fortaleza - CE para avaliar a esperança de mulheres soropositivas. Os sujeitos da pesquisa eram mulheres atendidas ambulatoriamente no período de janeiro a maio de 2009, no total de participantes 111 mulheres. A esperança de vida teve como maior item de escala a fé, devido a Aids não ter cura, ter o estigma e estar relacionada com a morte iminente (GALVÃO et al, 2012). Esses dados são importantes para que haja uma avaliação e possa ser implementado intervenções, promovendo sim a motivação para que elas vivam melhor e mantenham sua qualidade de vida, porém com cuidado para não tenham a visão de cura como algo palpável ainda cientificamente. Na fala abaixo nota-se a esperança de cura relacionada com a fé desde o momento do diagnóstico:

Sou evangélica e lembrei que o senhor está no controle de todas as coisas, coloquei minha vida na mão dele. Falei, toda minha existência pertence a Ti, se for para o Senhor agir, o Senhor vai agir [...] (E1)

Um sentimento esperado no momento do diagnóstico é a negação segundo Langone e Vieira (1995), já que, frente ao diagnóstico de soropositividade, o sujeito sofre uma desorganização do pensamento. Porém depois o primeiro momento é feita uma reorganização de idéias e de vida para que se possa dar um novo significado e direção para a vida. Nesse momento importante contar com um apoio, e numa relação onde os dois têm crenças que favoreçam a esperança é um fator que contribui para a adesão ao tratamento. Na fala abaixo a colaboradora da pesquisa traz um relato do comportamento que teve no momento do diagnóstico, onde o companheiro estava presente:

[...] ele reagiu normal né, na palavra, confiando. Mas tem hora que vem a lembrança que eu estou com esse problema, depois a gente esquece e entrega nas mãos do Senhor e a gente é sempre assim mantém a fé e a esperança que o Senhor está sempre cuidando de nós. Quando o médico contou, ele ficou parado assim, passava a mão no rosto e depois ficou dizendo uns textos bíblicos. Eu fiquei parada no tempo, sem entender nada. (E1)

Diante desse diagnóstico é importante que o parceiro saiba das mudanças necessárias e haja de fato a compreensão para que a prática sexual e uso de insumos de prevenção não seja mais um problema para o casal e que com a ajuda mútua do casal para adesão, possa ser efetivo o uso em

todas as relações. Ainda mais para esta mulher foi importante saber junto com o parceiro para a não culpabilização. É histórico o processo da mulher de negar o prazer, desde a adolescência, se guardar, censurar-se, culpar-se, e essa cultura influencia a forma que as mulheres experimentam sua sexualidade.

4.3. CONHECIMENTO PARA AS PRÁTICAS SEXUAIS ATUAIS

Algumas perguntas foram realizadas para que pudesse abarcar a utilização dos insumos de prevenção na prática sexual das mulheres. Ao serem indagadas sobre quando elas achavam importante o uso do preservativo nas relações sexuais, houve unanimidade das respostas. Sempre é necessário o uso do preservativo nas relações sexuais para que haja prevenção como elas trazem nos discursos abaixo:

[...] Sempre. Pra evitar doenças, gravidez (E1)

É importante em todas as relações. (E2)

Hoje eu tenho certeza disso. Em todas as relações. (E3)

Para o tratamento do HIV/AIDS o uso dos antirretrovirais deve ser associado ao uso do preservativo, foi evidenciado Para haver uma prevenção efetiva com o uso do preservativo é necessário haver o uso consistente do insumo.

Como foi evidenciado elas mostram o conhecimento da importância de aderir a camisinha para e TARV para interrupção na cadeia de infecção e reinfecção,

Mesmo no relacionamento estável elas mostram a importância do uso do preservativo como mostra a fala abaixo:

Muitas vezes o homem fala “pra que usar camisinha se eu só tenho você? aí já é um motivo pra a pessoa não usar camisinha e não deve ser assim porque a doença ta aí né? [...] Hoje em dia nenhuma mulher deve confiar no homem, nem o homem na mulher. (E5)

Apesar de entender a relevância do uso do preservativo em todas as práticas sexuais a mesma mulher refere não ter feito a adesão em relações anteriores:

Várias vezes com o outro parceiro eu não usava. E meu primeiro marido mesmo, já cedi várias vezes. (E5)

O conhecimento apresentado por essa entrevistada não foi suficiente para que ela aderisse o uso do preservativo em todas as relações. Para infecção e reinfecção do HIV basta uma relação sem preservativo para que o indivíduo já esteja vulnerável a contraí-lo. Então não se pode considerar que esta mulher, soropositiva, adere o uso do preservativo mesmo com o conhecimento que demonstrado a respeito da forma de prevenção. Abaixo segue relatos quando perguntadas como agiram quando o parceiro não quis fazer uso do preservativo.

Não fiz nada, aceitei. (E1)

Mas todas as vezes que ele queria, eu usava. (E2)

Fica a indagação do porquê de elas cederem sendo que tem conhecimento quanto ao método de prevenção. O fato de não querer desagradar o parceiro para não perder o mesmo pode ser uma possibilidade levantada já que em estudo realizado num município de São Paulo para analisar a qualidade de vida de pessoas com HIV/AIDS, com 228 participantes com idade média de 39 anos dos quais eram 106 mulheres foi percebido que um dos piores fatores que influenciavam a qualidade de vida era o de perder o parceiro (REIS et al. 2011). Isso ocasiona uma resistência a compartilhar angústias e evitar conflitos para não causar mágoas.

Um relato interessante achado nos questionários foi a não culpabilização do outro e a responsabilidade da prevenção dividida, não se colocando como vítima da situação e sim como quem também de quem não foi vulnerável, e sim, que teve participação na decisão de não utilizar o preservativo.

[...] o descuido não foi só dele, foi meu também, eu poderia ter dito que a gente precisava usar camisinha (...) eu poderia até não gostar de falar da minha vida amorosa mas a pessoa que eu mais gostei foi justamente a que me infectou (...) não foi uma questão de promiscuidade, foi descuido mesmo. (E3)

A mulher entrevistada na E3 é sorodiscordante do parceiro, e demonstra ter aderido o preservativo em todas as relações sexuais. Demonstra cuidado com o parceiro, até porque ele não sabe do diagnóstico, mas gostaria também de poder contar com outro método contraceptivo que não dependesse da ação masculina, para que seja mais fácil de conduzir o ato de colocar o preservativo.

[...] não é muito confortável utilizar mas eu me sinto mais segura até para o meu parceiro do que para mim mesmo, gostaria de poder usar a camisinha feminina porque eu não teria que ficar cobrando dele. Ele parece que fica chateado porque parece que na hora que vai usar quebra todo o clima. Antes eu não utilizava, mas utilizo porque tem que evitar o vírus (E3).

Um aspecto importante na vida de portadoras de HIV/ AIDS é a condição necessária do uso do preservativo. Quando a parceria é sorodiscordante ao HIV, a motivação pelo uso é ainda maior, visando à proteção do parceiro soronegativo à aquisição do vírus (DIÓGENES, 2014).

As mulheres percebem que seu conhecimento está dissociado da prática quando dizem:

Uso sempre, se faltar é difícil. Mas já fiz sem. (E8)

[...] Temos relação sem camisinha porque eu e ele temos o vírus. Apesar de que está errado, mas a gente faz assim mesmo (E9).

Por mais que as ações sobre formas de prevenção estejam sendo desenvolvidas no Brasil, muitos indivíduos ainda não adotam as práticas, não pela falta de informação e sim pela falta de sensibilização e colocar-se na condição de vulnerabilidade. O saber fica restrito muitas das vezes, em indivíduos soropositivos ou não, na fala e na prática e rotina sexual esse conhecimento não é utilizado como fator de prevenção. Devem ser buscados então meios para que essa informação seja efetiva de modo que mude o comportamento sexual e a saúde seja promovida.

Nunca deve parar de usar. Só quando ela não tiver mais relação sexual. Isso é na lógica, mas na prática é diferente (E9).

A entrevistada trás que mesmo sabendo que é necessário o uso do preservativo em todas as relações sexuais, na prática isso não ocorre. Porém deve-se ter atenção no mínimo quanto ao tempo de relação, estabilidade no relacionamento e desejo de engravidar. Vale lembrar que mesmo com muito tempo de relacionamento ou idade avançada, é consenso pela maioria de que não há idade para considerar que não é mais necessário o uso do preservativo.

[...] Acho que não tem idade (para parar de usar) né? Tem que usar sempre, só as pessoas que não gostam né.. (E12)

Porém não houveram apenas relatos direcionados para o cuidado com a relação sexual, mas também em ações tidas como necessárias e elas muitas vezes tomam precauções até “desnecessárias”, o que demonstra que o conhecimento científico quanto a prevenção não está totalmente claro, é eficaz para prevenir outras pessoas.

[...] eu trabalho com coisa de comida, mas não transmito nada pra ninguém. Jamais iria fazer uma coisa dessa, tenho filho e cozinheiro também dentro de casa, peço a Deus que nunca apareça em nenhum deles[...] (E2)

Inicialmente o HIV era associado a "comportamentos de risco", o que foi bastante criticado. Como o tempo o vírus passou a ser relacionado com vulnerabilidade, que são fatores individuais, contextuais e coletivos em conjunto que aumentam a chance de pessoas a contraírem o vírus. Em algumas falas foi identificado esse medo de transmissão relacionado à culpabilização. Tal maneira de pensar influencia na vida das mesmas, que mesmo conhecendo métodos de barreiras e maneiras de interrupção da cadeia de transmissão, ainda tem receio de manter relação sexual devido a sua condição de vida.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conhecimento identificado nas mulheres foi limitado e insuficiente para manutenção de práticas preventivas. São mulheres que tem diagnóstico de uma doença que é crônica, que estão em tratamento há certo tempo e ainda assim os discursos demonstram conhecimento superficial. O estudo objetivou analisar o conhecimento das mulheres soropositivas a respeito da infecção do HIV. A discussão foi além devido à correlação do conhecimento com a associação com a prática e motivos os quais levam determinados comportamentos, e sentimentos das mulheres. Analisar tais dados tornou-se um desafio, demandou grande tempo de dedicação sob as entrevistas devido a serem dados secundários, não conhecer a mulher, não associar a fisionomia a nenhuma lembrança por não ter realizado a coleta. Foi um processo exaustivo, de áudios, transcrições, grifos, até que as falas em comum fossem surgindo com mais clareza e pudessem ser mais bem organizadas como é característica de uma pesquisa qualitativa.

O perfil predominante de mulheres que foi encontrado no estudo são mulheres negras, heterossexuais, de baixa renda. O início precoce da atividade sexual sem o devido preparo também foi um fator importante de vulnerabilidade. Ratifica-se então com esse achado, a importância de

fazer com que a informação alcance todo o público feminino, meninas de todas as idades, e que haja o preparo para a primeira relação sexual. A baixa renda das entrevistadas, o papel que a maioria exerce a dependência financeira do parceiro, também é um fator que diminui a qualidade de vida das mesmas pelo sentimento de dependência quanto pelo poder aquisitivo reduzido; esse dado é associado com a baixa escolaridade das entrevistadas, que limitam a possibilidade empregatícia e do saber dos seus direitos quanto ao determinado assunto.

Não se pode deixar de abordar o que foi perceptível na questão de gênero e iniciativa para uso do preservativo nas relações sexuais. A literatura e as entrevistas quando confrontadas, mostram que a negociação do uso do preservativo é difícil, e que a iniciativa do uso quando o casal é sorodiscordante é mais efetiva quando a mulher é a infectada. Como já dito no corpo do trabalho, as ações voltadas para priorizar a sensibilização das mulheres, nos dá uma maior perspectiva de efetividade quando pensamos que elas são sujeitos de prevenção. Outra questão a ser discutida é que estar numa relação estável não é fator de proteção para DST como muitas entrevistadas achavam antes do diagnóstico e que o aconselhamento e testagem devem ser feitos em todos os níveis de assistência. O papel do enfermeiro é muito importante, como equipe que integra a atenção básica, muitas vezes o vínculo mais forte do usuário, e nos usuários soropositivos também a equipe se faz necessária quanto ao aconselhamento e acompanhamento.

Ao analisar as mudanças de vida das mulheres após o diagnóstico, houve discursos que demonstraram sentimentos que induziam a interpretação de que se tornariam pessoas limitadas, tanto fisicamente quanto socialmente e psicologicamente. O preconceito social foi inicialmente tido por cada mulher que tinha conhecimento básico da doença, o estigma muito forte e a perspectiva de baixa qualidade de vida. A fé foi apontada como um importante fator de enfrentamento para a doença pois não impede a adesão a terapia medicamentosa e traz esperança e motivação para a pessoa em tratamento.

O achado de maior relevância para esse estudo foi a dissociação da teoria com a prática sexual. As mulheres por estarem em acompanhamento no SAE participam de atividades educativas, aconselhamento e tiram dúvidas, também tem acesso a inúmeras informações a cada contato com os profissionais. Além disso, a internet conhecimentos adquiridos, conversas, campanhas, trazem informações sobre insumos de prevenção. Porém a disparidade de adesão do preservativo é um dado relevante. Por que elas não aderem o preservativo? É importante que os profissionais possam estar sensibilizando essas mulheres a cada dia, com escuta ativa, conhecendo

e tentando contribuir nas dificuldades que elas trazem, seja na negociação do preservativo, trazer o parceiro para a consulta para sensibilizá-lo para que a adesão seja efetiva.

Os profissionais de saúde no serviço são apoio, vínculo, força, são orientação, participação e informação. As atividades educativas que devem ser incansáveis, as sensibilizações continuadas devem estar presentes no serviço e dispor-se a tirar dúvidas. A continuidade da transmissão só acaba quando há uma efetiva interrupção na cadeia deste processo, e o soropositivo tem que estar sensível também a saúde do outro tanto quanto a sua.

É um tema onde muitas pesquisas emergem constantemente, mas é ainda um desafio controlar essa velocidade da epidemia. É necessário conhecer o que leva a dissociação do conhecimento para a prática sexual, e realizar ações voltadas para esses novos estudos. Não basta conhecer, tem que aderir as práticas necessárias. Os atores sociais mobilizados têm tudo para controlar e combater o HIV/AIDS, que já mudou seu cenário, que já adquiriu novo caráter, que já não é mais sinônimo de interrupção de vida.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Melissa Rodrigues de; ABREU, Claudia Barcelos de Moura and ROSSLER, João Henrique. Contribuições de Vigotski para a análise da consciência de classe. *Psicol. estud.* [online]. 2011, vol.16, n.4, pp. 551-560. ISSN 1413-7372. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-7372201100040000>
- ALMEIDA, L.H.R.B de; NASCIMENTO, F.C.L.do; CAMPELO, L.M; ROCHA Rocha, F.C. Ensinando e aprendendo com portadores de Esclerose Múltipla: relato de experiência **Revista Brasileira de Enfermagem** [online] 2007, 60 (Julio-Agosto) : [Date of reference: 1 / febrero / 2016] Available in:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267020026015>> ISSN
- ALMEIDA, Maria Rita de Cassia Barreto de and LABRONICI, Liliana Maria. A trajetória silenciosa de pessoas portadoras do HIV contada pela história oral. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2007, vol.12, n.1, pp. 263-274. ISSN 1678-4561. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000100030>.
- ANTUNES, Larissa; CAMARGO, Brigido Vizeu; BOUSFIELD, Andréa Barbará S.. Representações sociais e estereótipos sobre aids e pessoas que vivem com HIV/Aids. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo , v. 16, n. 3, p. 43-57, dez. 2014 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872014000300004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 02 fev. 2016.
- BRITO, Daniele Mary Silva de. Guia de cuidados aos pacientes em uso de terapia antirretroviral. / Daniele Mary Silva de Brito. Fortaleza- 2012. 68p.: il.
- BARRETO, Mayckel da Silva; REINERS, Annelita Almeida Oliveira. Conhecimento sobre hipertensão arterial e fatores associados à não adesão à farmacoterapia. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Brasil, v. 22, n. 3, p.484-490, 28 out. 2015
- BASTOS, Fernando Inácio. A feminização da epidemia de Aids no Brasil: determinantes estruturais e alternativas de enfrentamento. Saúde Sexual e Reprodutiva nº 3. **Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS – ABIA**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: HTTP://www.abiaids.org.br/_img/media/colecao%20saude%20sexual%20N3.pdf.> Acesso em 21/01/2016.
- BESERRA, A.J. et al. Adolescência e vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis: uma pesquisa documental. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*. São Paulo, p. 12-15., 2012. Disponível em: <http://www.uff.br/dst/revista20-1-2008/5.pdf>. Acesso em 05 dez. 2015.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. . Boletim Epidemiológico - HIV Aids. **Boletim Epidemiológico: Hiv - Aids**, Brasília, v. 1, n. 4, p.3-93, jun. 2015. Semestral. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58534/boletim_aids_11_2015_web_pdf_19105.pdf>. Acesso em: 04 dez. 2015.
- _____. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos infectados pelo HIV**. 7ª ed. Brasília; 2008.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV**. 7ª ed. Brasília; 2008.
- BRASIL, Raquel Ferreira Gomes et al. Grau de conhecimento, atitudes e práticas de puérperas sobre a infecção por HIV e sua prevenção. **Acta paul. enferm.** [online]. 2014, vol.27, n.2, pp. 133-137. ISSN 1982-0194. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400024>.

_____. Ministério da Saúde. Caderno de boas práticas em HIV/AIDS na atenção básica. 2014. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>. Acesso em 15 de nov. 2015.

_____. Brasil. Ministerio da Saúde (Org.). **DATA SUS**: departamento de informatica do SUS. 2015. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/>>. Acesso em: 2 de out. 2015.

BRASIL. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispões sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial** da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em 3 de dezembro de 2015.

_____. INCA: Instituto nacional de câncer José Alencar Gomes da Silva. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil>. Acesso em: 02 fev. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/>. Acesso em: 06 de dezembro de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde sexual e saúde reprodutiva. 2013. Disponível em: http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf. Acesso em 13 de out. 2015.

_____. Portal Ciência e Tecnologia: Hipertensão atinge mais de 30 milhões de pessoas no país. 2014. Acesso em 02. Fev. 2016.

CARVALHO, Carolina Maria de Lima; GALVÃO Marli Teresinha Gimenez. Enfrentamento da AIDS entre mulheres infectadas em Fortaleza - CE. **Rev. esc. enferm. USP** vol.42 no.1 São Paulo Mar. 2008. Acessado em: 7 de janeiro.

CARVALHO, T. M. de. Uma abordagem ao conhecimento e a interdisciplinaridade em ciências ambientais. **Rev. Acad., Ciênc. Agrár. Ambient.**, Curitiba, v. 7, n. 2, p. 227-235, abr./jun. 2009. Disponível em: <<http://www2.pucpr.br/reol/index.php/academica?dd99=pdf&dd1=3350>> Acesso em: 08/01/2016

CANHESTRO, Mônica Ribeiro. **Estudo da adesão de crianças e adolescentes ao tratamento conservador da doença renal crônica**. Belo Horizonte: 2010, 154f. (Dissertação)

COSTA, Y.F; ARAÚJO, O.C de; ALMEIDA, L.B.M de; VIEGAS, S.M.F. O papel educativo do enfermeiro na adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica: revisão integrativa da literatura. **O Mundo da Saúde**, São Paulo - 2014;38(4):473-481. Disponível em: < www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/155566/A12.pdf> Acessado em: 3 de dez de 2015.

FARIA, Juliana Bernardes de and SEIDL, Eliane Maria Fleury. Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/aids. **Psicol. estud.** [online]. 2006, vol.11, n.1, pp. 155-164. ISSN 1807-0329. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722006000100018>

FERNANDES, João Claudio L..Práticas educativas para a prevenção do HIV/AIDS: aspectos conceituais. **Cad. Saúde Pública** [online]. 1994, vol.10, n.2, pp. 171-180. ISSN 1678-4464. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1994000200004>.

FERREIRA, AGN; GUBERT, FA; MARTINS, AKL; GALVÃO MTG, Vieira NFC, Pinheiro PNC. Promoção da saúde no cenário religioso: possibilidades para o cuidado de enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2011 dez;32(4):744-50

FERREIRA, Rosana Carvalho Memic; FIGUEIREDO, Marco Antonio de Castro and SOUZA, Lícia Barcelos. Trabalho, HIV/AIDS: enfrentamento e dificuldades relatadas por mulheres. **Psicol. estud.** [online]. 2011, vol.16, n.2, pp. 259-267. ISSN 1413-7372. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722011000200009>.

FIGUEIREDO, Luana Alves et al . Oferta de ações e serviços de saúde para o manejo do HIV/aids, sob a perspectiva dos usuários. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 48, n. 6, p. 1026-1034, Dec. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000601026&lng=en&nrm=iso>. access on 02 Feb. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342014000601026>.

GIR, Elucir. A Feminização Da Aids:Conhecimento De Mulheres Soropositivas Sobre A Transmissão E Prevenção Do Hiv -1 .DST – **J bras Doenças Sex Transm** 16(3):73-76, 2004. Disponível em: <<http://www.dst.uff.br/revista16-3-2004/9.pdf> >. Acessado em 2 de out. 2015

GROSS, Jorge L. et al.Diabetes Melito: Diagnóstico, Classificação e Avaliação do Controle Glicêmico.**Arq Bras Endocrinol Metab** [online]. 2002, vol.46, n.1, pp. 16-26. ISSN 1677-9487. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302002000100004>.

HAMMERSCHMIDT, Karina Silveira de Almeida and LENARDT, Maria Helena. **Texto contexto - enferm.** [online]. 2010, vol.19, n.2, pp. 358-365. ISSN 0104-0707. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072010000200018>.

HEGENBERG, L. **Doença: um estudo filosófico** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998. 137 p. ISBN: 85-85676-44-2. Available from SciELO Books .

HELENA, Ernani Tiaraju de Santa; NEMES, Maria Ines Battistella and ELUF-NETO, José.Avaliação da assistência a pessoas com hipertensão arterial em Unidades de Estratégia Saúde da Família. **Saude soc. [online]**. 2010, vol.19, n.3, pp. 614-626. ISSN 0104-1290. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000300013>.

HUGO, Tairana Dias de Oliveira et al . Fatores associados à idade da primeira relação sexual em jovens: estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 27, n. 11, p. 2207-2214, Nov. 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001100014&lng=en&nrm=iso>. access on 02 Feb. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011001100014>.

Maliska ICA, Padilha MI, Vieira M, Bastiani J. Percepções e significados do diagnóstico e convívio com o HIV/AIDS. **Rev. gaúcha enferm.** 2009; 30(1):85- 91 [acessado em 05 out. 2015. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5966>

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. Conclusão. In: MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 7ª São Paulo: Atlas, 2010.

MORE: Mecanismo online para referências, versão 2.0. Florianópolis: UFSC Rexlab, 2013

MAUAD, Lenira Maria Queiroz. Estudo do Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero no Município de Jaú — SP. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** [online]. 2001, vol.23, n.9, pp. 609-610. ISSN 1806-9339. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032001000900011>.

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

NEVES, Renata Layanne Rodrigues de Miranda et al. Sentimentos vivenciados por mulheres infectadas pelo HIV por meio do parceiro fixo. **Revista Interdisciplinar Novafapi**, Teresina, v. 3, n. 3, p.26-32, set. 2010.

ODWYER, Sara Santana. Conhecimento de Mulheres Acerca do HIV/AIDS: uma Análise do Público Feminino Atendido em Unidades de Saúde da Família na Cidade de Santo Antônio de Jesus-BA, 52f. Monografia (Graduação) – **Universidade Federal do Recôncavo da Bahia**, Santo Antônio de Jesus, 2015.

Organização Mundial de Saúde. Atlas Global da Força de Trabalho de Disponível em: http://www.who.int/eportuguese/relatorio_m_saude_2006.pdf Acessado em: 23 de Nov. 2015
Ribeiro da et al. Aids no Brasil: uma epidemia em transformação. **RBAC**, vol. 42(3): 209-212, 2010. Disponível em: <http://sbac.org.br/rbac/020/302.pdf>. Acesso em: 17 junho de 2015.

RODRIGUES *et al.*, 2012. Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus. **Acta Paul Enferm.** 2012;25(2):284-90. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n2/a20v25n2.pdf>> Acesso em: 21 jan. 2016.

SANTOS, Wagner Jorge dos et al . Enfrentamento da incapacidade funcional por idosos por meio de crenças religiosas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 8, p. 2319-2328, Aug. 2013 . Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001600016&lng=en&nrm=iso>. access on 02 Feb. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000800016>.

SALDANHA, A. A.W. et al. Comportamento Sexual e Vulnerabilidade à AIDS: Um estudo descritivo com práticas de prevenção. **Jornal Brasileiro Doenças Sexualmente Transmissíveis**, João Pessoa, p. 36-44. Disponível em: <<http://www.uff.br/dst/revista20-1-2008/g.pdf>>. Acesso em 13 de dez de 2015.

SARAIVA, K. R. O. et al. O processo de viver do familiar cuidador na adesão do usuário hipertenso ao tratamento. **Texto Contexto Enfermagem**. v.1, n. 16, p.63-70, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n1/a08v16n1>. Acesso em 22 nov. 2015.

SOUZA CC de *et al.* Interiorização do HIV/AIDS no Brasil: Um estudo epidemiológico. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, ano 11, nº 35, jan/mar 2013. Disponível em: http://http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/viewFile/1798/138

WERNECK, Vera Rudge. **Sobre o processo de construção do conhecimento: O papel do ensino e da pesquisa**. Rio de Janeiro: -, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ensaio/v14n51/a03v1451.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2015.

Unaid. Global Report: **Unaid Report on the Global AIDS Epidemic 2013**; Geneva: 148 p. 2013

VALENTE, Priscilla Magalhães Feleppa. Análise da utilização do teste rápido para diagnóstico do período perinatal em maternidades públicas no município do Rio de Janeiro. 2014. 51 f. Dissertação (Mestrado) -

Curso de Medicina, **Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em:
<http://arca.icict.fiocruz.br/bitstream/icict/10960/1/priscilla_valente_iff_mest_2014.pdf>. Acesso em: 27 out. 2015.

ANEXO A- ROTEIRO DA 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:

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:

B.12–Profissão:

B. 13- Caso não trabalhe, você é:

B. 14- Qual sua renda no último mês?

B.15- Quantas pessoas vivem com esta renda?

B.16- – Ocupação:

B.17- – Local/cidade onde reside:

C – Antecedentes Ginecológicos:

C.1 – Menarca: Anos

C.2 – Coitarca: Anos

C.3 – DST: () Sim () Não. Qual(s)?:

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

C.5 – Resultados do último exame:

D- Antecedentes Obstétricos D.1

– Número de gestações? Desfecho:

D.2 – Abortos?

E – Percepção da Saúde Sexual:

E.1– Qual sua Orientação Sexual?

E.2 – Possui parceiro afetivo/sexual? () SIM () NÃO E.3 –

Qual a quantidade de parceiros nos últimos dois meses?

E.4 – No caso de parceiro fixo, quanto tempo existe relação?

E.5 – Faz uso de métodos contraceptivos?

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?

E.11 – Na relação estável ainda utiliza o preservativo?

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

E.13 – Onde adquire o preservativo?

F- Uso de insumos de prevenção

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

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

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?

F.6- - Quais os métodos de prevenção a DST você conhece?

G – Vulnerabilidades às DSTs:

G1- 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 começou até hoje.
- G.5- Na relação com seu parceiro ou parceira você já fez alguma coisa que não queria durante a relação para agradá-lo?
- G.6- Você já sofreu algum tipo de violência sexual, ou outra forma de violência, em seu relacionamento?
- G.7- Em algum momento da sua vida sexual você já desejou fazer uso da camisinha e seu parceiro lhe impediu?
- G.8- O seu parceiro lhe impede/proíbe de fazer algo que goste? O que?
- G.9- Você acha que a mulher durante a relação sexual pode correr algum risco? Qual (is)?
- G.10- Quando na relação sexual você acha que não deve mais usar camisinha com o parceiro?

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 quê?
- H.3- Durante as consultas de enfermagem você recebeu alguma orientação para a realização do teste de HIV/AIDS? 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?

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

ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO 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: S/N

Bairro: S/N

CEP: 44.380-000

UF: BA

Município: CRUZ DAS ALMAS

Telefone: (75)3621-1293

Fax: (75)3621-9767

E-mail: secgab@ufrb.edu.br

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

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RECÔNCAVO DA BAHIA -
UFRB



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

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os Documentos de apresentação obrigatória estão presentes.

Recomendações:

Sugestões para o TCLE:

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

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

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

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

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

CRUZ DAS ALMAS, 31 de Janeiro de 2013

Assinador por:
Deisy Vital dos Santos
(Coordenador)

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

ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO DE USO DO BANCO DE DADOS

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

TERMO DE CONSENTIMENTO DE USO DO BANCO DE DADOS

Eu, LILIAN CONCEIÇÃO GUIMARÃES DE ALMEIDA, professora adjunto da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, autorizo a discente JAYANNE MOREIRA CARNEIRO a utilizar os dados referentes a pesquisa “Estratégias de enfrentamento da feminização do HIV/AIDS em Santo Antônio de Jesus, Bahia” para fins de realização do Trabalho de Conclusão intitulado **CONHECIMENTO DE MULHERES SOROPOSITIVAS SOBRE A INFECÇÃO DO HIV/AIDS** de Curso em Enfermagem na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Santo Antônio de Jesus, 13 de janeiro de 2015.

Lilian Conceição Guimarães de Almeida
Doutora em Saúde Coletiva
Professora adjunto da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.