



Universidade Federal
de Campina Grande

**CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES - CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA – UACV
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

THALYTA CAMPOS FORMIGA

**ESTUDO SOBRE A VULNERABILIDADE DE MULHERES EM UNIÃO
ESTÁVEL AO HIV/AIDS**

CAJAZEIRAS - PB

2012

THALYTA CAMPOS FORMIGA

**ESTUDO SOBRE A VULNERABILIDADE DE MULHERES EM UNIÃO
ESTÁVEL AO HIV/AIDS**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à coordenação do curso de enfermagem, da Unidade Acadêmica de Ciências da Vida, da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

CAJAZEIRAS

2012

THALYTA CAMPOS FORMIGA

**ESTUDO SOBRE A VULNERABILIDADE DE MULHERES EM UNIÃO
ESTÁVEL AO HIV/AIDS**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Formação de Professores - CFP, da Unidade Acadêmica de Ciências da Vida - UACV, como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, apreciada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Aprovada em: _____ / _____ / _____

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Esp. Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro UFCG/CFP

Prof^ª. Esp. Alba Rejane Gomes de Moura Rodrigues UFCG/CFP

Prof^ª. Ms. Maria Soraya Pereira Franco Adriano ETSC/UFCG

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, pelo dom da vida, e por ter permitido que este sonho se tornasse realidade.

À **minha família**, que tem me dado todo apoio nas minhas escolhas e durante esta caminhada.

À **Andressa Pedroza, Graziela Cavalcante e Sibely Coelho**, pelo companheirismo e cumplicidade; maravilhosas amigas que fiz durante o curso, estas sim foram importantes para mim e sei que vão perdurar.

Ao meu **grupo de estágio** em Campina Grande, pela oportunidade de conhecer melhor cada um deles, mesmo no fim do curso e com as adversidades, estabelecemos verdadeiros laços de amizade.

Aos meus **professores**, eternos educadores, que com paciência e dedicação, contribuíram para minha formação.

À minha **orientadora** Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro, por me ajudar e orientar durante a realização desse trabalho.

Ao meu **namorado** Rondinere, por me incentivar durante a finalização desta pesquisa.

A todos que de algum modo puderam contribuir com a concretização deste trabalho.

Muito Obrigada!

FORMIGA, Thalyta Campos. **Estudo Sobre a Vulnerabilidade de Mulheres em União Estável ao HIV/AIDS**. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Enfermagem) – Centro de Formação de Professores – Universidade Federal de Campina Grande – CFP/UFCG, Cajazeiras–PB – 2012, p.46.

RESUMO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é uma doença que ainda hoje representa um dos maiores desafios para a saúde em todo o mundo atingindo populações vulneráveis e constituindo-se em um problema social e psicológico para os portadores que são vítimas da discriminação e do estigma que se tem lançado sobre eles. O objetivo desse estudo foi investigar a vulnerabilidade de mulheres em união estável ao HIV/AIDS em Cajazeiras-PB; conhecer os aspectos para a vulnerabilidade desta população nas dimensões programática, individual e social e identificar as percepções das mesmas sobre prevenção e transmissão do HIV/AIDS. Para alcançar esses objetivos optou-se por uma pesquisa exploratória, de cunho qualitativo, envolvendo 10 mulheres em união estável escolhidas de forma aleatória simples, por sorteio em prontuários. Utilizou-se um roteiro de perguntas, as respostas foram gravadas, para em seguida serem transcritas e analisadas segundo a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin. Os resultados demonstraram que o conhecimento delas pode ser considerado superficial e quase sempre adquirido através da mídia, já que as idéias estão ligadas principalmente ao uso da camisinha como modo de prevenção. Neste contexto, salienta-se o papel dos profissionais de saúde, em particular, da equipe de enfermagem, na realização de trabalhos educativos junto às mulheres a partir da disponibilização de informações que contribuam para dar visibilidade aos fatores que aumentam a vulnerabilidade da mulher em união conjugal à AIDS.

Palavras-chave: Vulnerabilidade. Feminização. Mulher. HIV/AIDS.

FORMIGA, Thalyta Campos. **Study on Vulnerability of Women in Stable Union to HIV / AIDS.** Work completion of course (Bachelor of Nursing) - Center for Teacher Education - Federal University of Campina Grande - CTE / FUCG, Cajazeiras - PB - 2012, p.46.

ABSTRACT

The Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) is a disease that still represents a major challenge to health worldwide reaching vulnerable populations and becoming a social psychological problem for patients who are victims of discrimination and stigma that has been released about them. The aim of this study was to investigate the vulnerability of women in stable relationship to HIV/ AIDS in Cajazeiras – PB; to know the aspects to the vulnerability of this population on programmatic, individual and social dimensions and identify perceptions of them about prevention and transmission of HIV/ AIDS. To achieve this aims we opted for an exploratory qualitative research, involving ten women in stable relationship chosen by simple random, by raffles on medical charts. It was used a structured interview; the responses were recorded then to be transcribed and analyzed using the technique of content analysis proposed by Bardin. The results showed that their knowledge can be considered superficial and almost always acquired through the media, since the ideas are mainly linked to the use of condoms as a method of prevention. In this context, it is emphasized the role of health professionals, particularly nursing staff, in carrying out educational work with women through the provision of information to assist in giving visibility to factors that increase the vulnerability in marital union AIDS.

Key-words: Vulnerability. Feminization. Woman. HIV/AIDS.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Categorias definidas baseado nas respostas à pergunta: “ <i>Para você, o que significa sexo seguro?</i> ” Cajazeiras – Paraíba, 2012.....	29
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Escala de sinais e sintomas ou doenças de acordo com o critério Rio de Janeiro/Caracas.....17

Tabela 2 – Distribuição da amostra estudada segundo idade, grau de escolaridade e tempo de união estável. Cajazeiras – Paraíba, 2012.....25

LISTA DE SIGLAS

- AIDS** – Acquired Immune Deficiency Syndrome
- CDC** – Centers for Disease Control
- CEP** – Comitê de Ética em Pesquisa
- DNA** – Deoxyribonucleic Acid
- DST** – Doença Sexualmente Transmissível
- EIA** – Imunoensaio Enzimático
- ELISA** – Ensaio Imunoabsorvente ligado à Enzima
- EPI** – Equipamento de Proteção Individual
- EUA** – Estados Unidos da América
- FDA** - Food and Drug Administration
- FIP** – Faculdades Integradas de Patos
- HIV** – Human Immunodeficiency Virus
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- RNA** – Ribonucleic Acid
- SICLOM** – Sistema de Controle e Logística de Medicamentos
- SIM** – Sistema de Informação de Mortalidade
- SINAN** – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
- SISCEL** – Sistema de Controle de Exames Laboratoriais
- TCLE** – Termo de Consentimento Livre Esclarecido
- UBS** – Unidade Básica de Saúde
- UNAIDS** – United Nations Programme on HIV/AIDS

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	13
2.1 HISTÓRICO DO HIV/AIDS	13
2.2 HIV: ASPECTOS BIOLÓGICOS DA DOENÇA.....	14
2.3 AVULNERABILIDADE DA MULHER.....	18
3 METODOLOGIA.....	21
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	21
3.2 LOCAL DO ESTUDO.....	21
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	22
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	22
3.5 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	22
3.6 ANÁLISE DE DADOS	23
3.7 POSICIONAMENTO ÉTICO DO PESQUISADOR.....	24
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	25
4.1 DADOS CARACTERÍSTICOS DAS PARTICIPANTES.....	25
4.2 DADOS REFERENTES AO OBJETO DO ESTUDO.....	26
4.2.1 Percepções populares da AIDS.....	26
4.2.2 Percepção sobre sexo seguro.....	29
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
REFERÊNCIAS.....	35
APÊNDICES.....	38
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	39
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO.....	40
ANEXOS.....	42
ANEXO A – TERMO DE COMPROMISSO DO (S) PESQUISADOR (ES).....	43
ANEXO B – PARECER FAVORÁVEL DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	44
ANEXO C– PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR A PESQUISA.....	46

1 INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é uma doença que ainda hoje representa um dos maiores desafios para a saúde em todo o mundo atingindo populações vulneráveis e constituindo-se em um problema social e psicológico para os portadores que são vítimas da discriminação e do estigma que se tem lançado sobre eles.

Historicamente, a AIDS surgiu pela primeira vez na década de 80 nos Estados Unidos em cidades portuárias (Nova York, San Francisco e Los Angeles) em pacientes homossexuais masculinos, no Brasil a epidemia esteve inicialmente restrita aos grandes centros urbanos como São Paulo e Rio de Janeiro a partir de então se disseminou para as outras regiões do país e recentemente para as cidades de médio e pequeno porte. (TRINDADE; SCHIAVO, 2001)

Essa síndrome é causada pelo vírus Human Immunodeficiency Virus (HIV) que ataca o sistema imunológico causando ao longo dos anos desde manifestações brandas até uma grave imunodepressão mediante a destruição dos linfócitos T CD4+ de tal forma que há uma facilitação para a instalação de infecções oportunistas causadas por vírus, fungos, bactérias, protozoários além do aparecimento de neoplasias e alterações neurológicas (BRASIL, 2010a).

De acordo com o Relatório Sobre a Epidemiologia Global da AIDS, há hoje uma média de 33 milhões de pessoas vivendo com o vírus em todo o mundo onde grande parte desta população infectada se encontra nos países subdesenvolvidos, sobretudo na África Sub Saariana. Dessa população 30,8 milhões são de adultos; 15,9 milhões são constituídos por mulheres (quase 51% considerando a relação entre sexos) e 2,5 milhões de crianças menores de 15 anos. (UNITED NATIONS PROGRAM ON HIV/AIDS - UNAIDS).

O Ministério da Saúde divulgou através do Boletim Epidemiológico de 2011 que no Brasil dos 608.230 casos notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), declarados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e registrados no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais CD4 e CD3 e Cargas Virais/Sistema de Controle e Logística de Medicamentos (Siscel/Siclom) no período de 1980 a Junho de 2011 o Nordeste apresentou um total de 78686 casos e a Paraíba 4762 casos. Revelou ainda que do total de casos no país desde o início da epidemia até a publicação, 34,4% eram casos de AIDS no sexo feminino e 65,4% masculinos.

A análise dos dados mostra que a razão entre sexos vem aos poucos diminuindo com o passar dos anos. No ano de 1985, a razão era de 26 homens para cada mulher infectada (26:1), hoje a razão é de 1,7 homens para cada mulher (1,7:1). Assim torna-se clara a tendência nacional de feminização da epidemia da AIDS que é ainda mais preocupante devido a possibilidade de transmissão vertical.

Após séculos de repressão sexual feminina, hoje é urgente a quebra de tabus e de preconceitos para que essas mulheres evoluam no que diz respeito à proteção da saúde visto que todos os programas e campanhas não foram suficientes para conter o crescimento da AIDS.

É notório a grande quantidade de casos de mulheres que tem adquirido o HIV, assim como outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), dos seus companheiros sejam eles fixos ou não, caracterizando a heterossexualização da doença no país. Nesse contexto a mulher está inserida em um quadro de vulnerabilidade que apresenta diversas particularidades, sobretudo sociais, favorecendo a sua contaminação.

Os comportamentos sociais atribuídos ao homem e a mulher foram culturalmente construídos ao longo dos tempos e definem ainda hoje as suas práticas sexuais. Os meninos aprendem desde cedo a ter sua sexualidade explorada, enquanto as meninas são instruídas a desenvolverem o papel de mães, donas de casa e serem submissas aos maridos. As mulheres em uniões estáveis configuram um dos grupos mais vulneráveis, visto que acreditam que ter um parceiro único faz com que estejam protegidas dificultando sua percepção de risco.

É problemática ainda a negociação do uso de preservativos entre os casais, pois além de gerar dúvidas com relação à fidelidade, muitos homens se negam a usar o preservativo o que evidencia ainda mais a situação de obediência e subordinação a qual a mulher é colocada nas relações.

Diante do que foi descrito a realização deste estudo foi de grande importância para população alvo, para que através de um melhor conhecimento do desfecho de interesse, busquem um enfrentamento adequado, resultando em preservação da saúde e prevenção dos comportamentos de riscos para AIDS.

Além disso, espera-se que este trabalho chame a atenção para a importância do tema visando, através de um planejamento estratégico, ações de promoção e prevenção voltada a saúde da mulher. E por razões científicas, espera-se que essa pesquisa descubra e some novos conhecimentos aos já existentes, na perspectiva de contribuir no combate a AIDS.

A motivação para a realização deste estudo partiu da experiência desta pesquisadora enquanto aluna da graduação em enfermagem da Universidade Federal de

Campina Grande (UFCG) durante as aulas da disciplina Sociologia Aplicada à Saúde e os estágios de Enfermagem Clínica II. Durante as discussões e demais atividades realizadas nas referidas disciplinas, o tema destacou-se por ser uma epidemia de abrangência mundial que ceifa inúmeras vidas todos os anos, pela experiência tida com cliente do sexo feminino portadora do vírus que adquiriu do parceiro e os seus relatos no que diz respeito à dificuldade na negociação do uso de preservativo com o companheiro.

Apesar das políticas públicas de saúde criadas pelo governo, sobretudo com a entrega gratuita de preservativos pelas redes de saúde, das inúmeras campanhas realizadas pelo Ministério da Saúde e das informações veiculadas por diversos meios de comunicação, a incidência ainda continua alta, sendo cada vez maior a quantidade de mulheres, convivendo com o HIV/AIDS no Brasil e no mundo.

Nessa perspectiva, sendo poucos os trabalhos que focalizam esta temática e percebendo a emergência em mudar pensamentos, práticas e atitudes esse estudo se propôs a fazer durante a pesquisa uma investigação sobre os principais fatores que tornam esse grupo vulnerável à infecção trabalhando ainda com a representação social de mulheres em união estável no que diz respeito à prevenção e transmissão do vírus acreditando-se que os resultados possam colaborar para um entendimento maior da sexualidade humana e a adoção de práticas seguras em saúde sexual e reprodutiva.

Esta pesquisa teve como objetivo geral, investigar a vulnerabilidade de mulheres em união estável ao HIV/AIDS em Cajazeiras – PB; e ainda como objetivos específicos conhecer os aspectos para a vulnerabilidade desta população nas dimensões programática, individual e social; e identificar as percepções das mesmas sobre prevenção e transmissão do HIV/AIDS.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 HISTÓRICO DO HIV/AIDS

Durante os anos de 1978 a 1980 nos Estados Unidos da América (EUA) ocorreram uma série de casos de uma doença que provocava o aparecimento de cânceres e de infecções oportunistas a qual só seria reconhecida pelo Centers for Disease Control (CDC) em 1981. (ROUQUAYROL; FILHO, 2009).

Segundo o autor supracitado, essa doença recebeu o nome de síndrome por ser caracterizada por um conjunto de sinais e sintomas; imunodeficiência devido ao fato dos pacientes apresentarem uma baixado sistema imunológico, o que os tornava alvo de várias infecções e adquirida por ser contagiosa (AIDS – Acquired Immune Deficiency Syndrome).

Durante as primeiras investigações epidemiológicas constatou-se que éramos homossexuais masculinos o principal alvo da epidemia, posteriormente cresceu o número de usuários de drogas injetáveis e mulheres portadoras do vírus (NICHATA *et al.*, 2008).

A divulgação de informações errôneas, aliado a isso a demorada e mal estruturada política pública de saúde do governo, e a recusa de hospitais e médicos no tratamento destes pacientes começou a gerar na população uma onda de preconceito e discriminação com relação aos portadores do vírus, sendo estes vítimas de violência física e psicológica. (FERREIRA, 2003 *apud* COSTA E SILVA, 2000).

Com os novos rumos tomados pela epidemia, um grupo de estudiosos ligados à Coalizão Global de Políticas contra a AIDS, propôs o uso do conceito de “vulnerabilidade” (termo oriundo dos Direitos Humanos) para se ter um maior entendimento e para traçar planos de contenção da epidemia. (GUANILO, 2008).

Por muito tempo acreditou-se que a doença estaria restrita a “grupos de risco” sendo além dos homossexuais, os usuários de drogas injetáveis, hemotransfundidos e prostitutas. Posteriormente se desenvolveu o conceito de que não haveria grupos específicos propensos a adquirir o vírus, mas sim “comportamentos de risco”, portanto a saúde pública passou a trabalhar com este termo, que por sua vez é atualmente tido como inadequado considerando o curso epidemiológico que a AIDS desenvolveu (TAQUETTE, 2009).

Hoje, as políticas públicas voltadas para a prevenção do HIV/AIDS trabalham com o termo, já que os conceitos de “grupo de risco” e “comportamento de risco” não seriam

eficientes no controle da epidemia e que todos são passíveis de adquirir o vírus (BRASIL, 2008).

No entanto Ferreira (2003) afirma que atualmente apesar de toda a evolução do conhecimento acerca da AIDS, ainda permanece a idéia de “grupos de risco” causando preconceito e o constrangimento perante a sociedade a dois grupos: os homossexuais e os usuários de drogas injetáveis.

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida vem ao longo dos anos passando por um processo de “pauperização”, atingindo sobretudo populações desfavorecidas economicamente; “heterossexualização” a transmissão se dá principalmente por relações heterossexuais e “feminização” tendo em vista que a quantidade de mulheres portadoras do vírus aumentou consideravelmente (TAQUETTE, 2009).

2.2 HIV: ASPECTOS BIOLÓGICOS DA DOENÇA

O vírus pode ser transmitido por via sexual, sanguínea, vertical e ocupacional. De acordo com o Brasil (2006, p.121):

O HIV é um retrovírus com genoma RNA, da família Lentivirinae. Pertence ao grupo dos retrovírus citopáticos e não-oncogênicos. O HIV utiliza para multiplicar-se uma enzima denominada transcriptase reversa, responsável pela transcrição RNA viral para uma cópia DNA, integrando-se ao genoma do hospedeiro.

A via sexual é considerada mundialmente o principal modo de transmissão do vírus especialmente por relações heterossexuais que por sua vez apresentam alguns fatores que aumentam o risco para transmissão: indivíduos infectados recentemente (infecção aguda) ou com imunossupressão avançada têm uma carga viral maior no sangue e nas secreções sexuais transmitindo mais facilmente; relação anal receptiva; relação sexual durante a menstruação e presença de uma DST principalmente as ulcerativas tais como: herpes genital, sífilis e cancro mole. A principal forma de prevenção ainda é o uso tanto do preservativo masculino quanto do feminino, pois ambos são comprovadamente eficazes para evitar a transmissão do vírus (BRASIL, 2006).

Ainda segundo o mesmo autor, a via sanguínea acontece através de transfusão de sangue e hemoderivados no entanto em países como o Brasil tem sido cada vez menos

importantes esta via de transmissão uma vez que há um rigoroso controle, sendo o sangue submetido a testes para detecção de agentes infectantes entre eles o HIV. No entanto nosso país assim como outras partes do mundo vem crescendo casos de transmissão entre usuários de drogas injetáveis devido à reutilização de seringas e agulhas bem como o seu compartilhamento.

A transmissão vertical se dá quando a criança é infectada ainda durante a gestação, no momento do parto ou durante a amamentação. Evitar a transmissão vertical é uma das prioridades do governo, para isso tornou disponível nas redes públicas de saúde o teste de HIV durante o pré-natal o que resultou em um aumento na detecção de gestantes soropositivas e vem cada vez mais aperfeiçoando as ações para o controle da transmissão vertical no Brasil. A prevenção e o controle desse tipo de transmissão deve ser feito através da Terapia Anti Retroviral que deve ser iniciada após uma criteriosa avaliação clínica e pela alimentação da criança apenas com fórmula infantil (BRASIL, 2010b).

A transmissão ocupacional se dá quando há acidentes de trabalho com profissionais da saúde envolvendo o manuseio de materiais perfuro cortantes contaminados com sangue e/ou secreções de pacientes soropositivos. É importante que se faça uma educação constante com esses profissionais no que diz respeito ao constante uso dos equipamentos de proteção individual (EPIs), obedecendo às normas de segurança com o intuito de se eliminar o máximo possível de risco para contaminação (BRASIL, 2006).

Ao adquirir o vírus, o indivíduo passa por diferentes estágios com diferentes características até chegar de fato a AIDS. A infecção aguda ou infecção primária é compreendida desde o momento da contaminação até o desenvolvimento de anticorpos para o HIV, sendo este período denominado janela imunológica já que um exame realizado neste intervalo de tempo terá um resultado negativo, já que a detecção é geralmente feita pela procura de anticorpos específicos. Essa fase é caracterizada pela viremia elevada, resposta imune intensa e diminuição na quantidade de células T CD4 (SMELTZER; BARE, 2009).

Segundo os autores supracitados, as manifestações clínicas variam desde sintomas de gripe até uma síndrome semelhante amonucleose. Posteriormente o organismo chega a um ponto de equilíbrio conseguindo manter uma estabilidade entre o nível do vírus no corpo e os anticorpos que pode perdurar por anos. A fase assintomática ou fase de latência clínica é caracterizada por um nível de mais de 500 linfócitos T CD4+ / mm³ e pela cronicidade alcançada através do ponto de equilíbrio, podendo o indivíduo permanecer neste período durante meses ou anos (em média 08 a 10 anos) apresentando sintomas mínimos ou mesmo

nenhum, pois a quantidade de células T CD4 ainda é boa o suficiente para permitir que o organismo se defenda dos microorganismos infecciosos.

Na fase sintomática inicial o indivíduo apresenta uma faixa de 200 a 499 linfócitos T CD4/mm³ além dos primeiros indícios de infecções oportunistas que atingem sobretudo a pele e as mucosas, porém o sistema imunológico ainda é capaz de combatê-las se diferenciando portanto da AIDS propriamente dita. Apresenta ainda sinais e sintomas inespecíficos: sudorese noturna, fadiga, emagrecimento e trombocitopenia. Quando há um estabelecimento da imunodepressão onde a taxa se apresenta como menos de 200 linfócitos T CD4+/mm³ podemos afirmar que de fato o indivíduo apresenta AIDS deixando o organismo susceptível ao estabelecimento dos mais diversos patógenos (vírus, fungos, bactérias e protozoários), portanto essa fase é caracterizada pelo aparecimento de uma série de doenças oportunistas e também de neoplasias. Ademais o vírus HIV apresenta uma predileção pelo sistema nervoso, podendo nas fases mais avançadas da doença causar alterações neurológicas tais como: atrofia cerebral, demência progressiva, neuropatias periféricas e mielopatia vacuolar (BRASIL, 2006).

Os testes para detecção do vírus podem ser divididos em: testes de detecção de anticorpos; testes de detecção de antígenos; testes de amplificação do genoma do vírus e técnicas de cultura viral. O principal teste laboratorial utilizado para se fazer o diagnóstico é o Imunoensaio Enzimático (EIA) ou como denominado inicialmente Ensaio Imunoabsorvente Ligado à Enzima (ELISA) que detecta os anticorpos contra o HIV no sangue. Existe ainda o Teste de Western Blot, que é um dos exames utilizados para se confirmar a presença do vírus quando o resultado do ELISA é positivo. Mais recentemente foi desenvolvido e aprovado em 2002 pela Food and Drug Administration (FDA) o teste rápido para HIV que detecta os anticorpos de maneira rápida e exata utilizando apenas uma gota de sangue, podendo ser realizado em situações de emergência como maternidades e acidentes com perfuro cortantes além de dispensar grandes recursos físicos e materiais para a execução do exame, de modo a contribuir para uma melhor qualidade de vida do infectado já que a detecção e notificação prematuras podem permitir um melhor controle da situação (SMELTZER; BARE, 2009).

Para Brasil (2004) no Brasil são adotados três critérios necessários para definição de casos de AIDS em adultos e crianças maiores de 13 anos: Critério CDC Adaptado, Critério Rio de Janeiro/Caracas e Critério Excepcional Óbito. De acordo com o Critério CDC Adaptado é considerado caso de AIDS, o indivíduo que apresente dois testes laboratoriais de triagem positivos ou um confirmatório, aliado a isso é necessário a presença de no mínimo uma doença que aponte para a AIDS e/ou contagem de linfócitos TCD4+ menor do que 350

células/mm³. No Critério Rio de Janeiro/Caracas, será considerado caso de AIDS, se houverem dois testes laboratoriais de triagem positivos ou um confirmatório, e uma soma de no mínimo 10 pontos em uma escala de sinais, sintomas e doenças (ver tabela 1). O Critério Excepcional Óbito diz que deve citar a AIDS em algum campo da ficha de declaração de óbito junto da investigação epidemiológica inconclusiva, sendo esta caracterizada por não se encaixar em um dos critérios ou ser descartada devido à falta de informações nos prontuários e outros documentos; ou citação da AIDS em campo da ficha de declaração de óbito.

Tabela 1 – Escala de sinais e sintomas ou doença de acordo com o critério Rio de Janeiro/Caracas

SINAIS/SINTOMAS /DOENÇAS	DESCRIÇÃO	PONTOS
Anemia e/ou Linfopenia e/ou Trombocitopenia	Anemia: hematócrito inferior a 30% em homens e 25% em mulheres; ou hemoglobina inferior a 6,80 mmol/L (menos de 11,0 g/dL) em homens e inferior a 6,20 mmol/L (menos de 10,0 g/dL) em mulheres. Linfopenia: contagem absoluta de linfócitos inferior a 1 x 10 ⁹ /L (menos de 1.000 células/mm ³). Trombocitopenia: contagem de plaquetas inferior a 100 x 10 ⁹ /L (menos de 100.000 células/mm ³).	02
Astenia	Por um período igual ou superior a um (1) mês, excluída a tuberculose como causa básica.	02
Caquexia	Perda de peso involuntária superior a 10% do peso habitual do paciente com ou sem emaciação, excluída a tuberculose como causa básica.	02
Dermatite persistente	Lesões eczematosas localizadas ou generalizadas de evolução crônica, lesões papulovesiculosas disseminadas sem etiologia definida ou micoses superficiais de evolução crônica resistentes ao tratamento habitual.	02
Diarréia	Constante ou intermitente, por um período igual ou superior a um (1) mês.	02
Febre	Igual ou superior a 38°C, de forma constante ou intermitente, por um período igual ou superior a um (1) mês, excluída a tuberculose como causa básica.	02
Linfadenopatia	Maior ou igual a um (1) centímetro acometendo dois (2) ou mais sítios extra-inguinais, por um período igual ou superior a um (1) mês.	02
Tosse	Tosse persistente associada ou não a qualquer pneumonia (exceto tuberculose) ou pneumonite, determinadas radiologicamente ou por qualquer outro método diagnóstico.	02
Candidose oral ou leucoplasia pilosa	Candidose oral: inspeção macroscópica de placas brancas removíveis em base eritematosa ou pela inspeção microscópica de material obtido da mucosa oral com achados característicos.	05

	Leucoplasia pilosa: placas brancas não removíveis na língua.	
Disfunção do sistema nervoso central	Confusão mental, demência, diminuição do nível de consciência, convulsões, encefalite, meningites de qualquer etiologia conhecida (exceto a por <i>Cryptococcus neoformans</i>) ou desconhecida, mielites e/ou testes cerebelares anormais, excluídas as disfunções originadas por causas externas.	05
Herpes zoster em indivíduo com até 60 anos de idade	Lesões dermatológicas em diferentes fases de evolução, precedidas e/ou acompanhadas por dor, acometendo um ou mais dermatômos.	05
Tuberculose pulmonar, pleural ou de linfonodos localizados numa única região	Tuberculose de linfonodos com localização única, pleural, pulmonar não-especificada ou cavitária diagnosticada por padrão radiológico específico, inspeção microscópica (histologia ou citologia), cultura ou detecção de antígeno em material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos desse tecido.	05
Outras formas de tuberculose	Tuberculose de linfonodos localizados em mais de uma cadeia, disseminada, atípica ou extra-pulmonar diagnosticada por padrão radiológico específico (miliar, infiltrado intersticial, não cavitário) e/ou inspeção microscópica (histologia ou citologia), pesquisa direta, cultura ou detecção de antígeno em material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos desse tecido.	10
Sarcoma de Kaposi	Diagnóstico definitivo (inspeção microscópica: histologia ou citologia) ou presuntivo (reconhecimento macroscópico de nódulos, tumorações e/ou placas eritematosas/violáceas características na pele e/ou mucosas).	10

Fonte: Brasil, 2004

O atual tratamento utilizado representa de certa forma uma esperança para os milhões de infectados já que eles oferecem um bem-estar e prolongam a sobrevivência do indivíduo e ao mesmo tempo é um grande avanço científico no combate a AIDS. A terapia antiretroviral é responsável por fazer o manejo da carga viral abreviando-a para níveis inferiores aos limites de detecção pelos testes mais sensíveis disponíveis (RACHID; SHECHTER, 2008).

2.3 A VULNERABILIDADE DA MULHER

Devemos inicialmente considerar a diferença entre risco e vulnerabilidade. Conforme Ferreira (2010) vulnerável significa “o ponto pelo qual alguém ou algo pode ser

atacado” e risco significa “perigo ou possibilidade de perigo”. Apesar de serem comumente utilizados como sinônimos eles se distinguem entre seus significados; dentro dos estudos epidemiológicos o risco possui um caráter crítico tradicional já bem fundamentado, as ações são direcionadas para a individualidade; já a vulnerabilidade é um termo emergente que analisa características abstratas do processo saúde doença, destinando-se a um grupo ou população (NICHATA *et al*, 2008 *apud* AYRES, *et al* 2006).

Para Brasil (2008) a vulnerabilidade deve ser considerada sob três dimensões: a programática, a individual e a social. Na vulnerabilidade programática é levado em consideração a qualidade e o acesso do indivíduo aos serviços de saúde; na vulnerabilidade individual é considerado o grau de conhecimento acerca da doença e sua capacidade de aplicação e a vulnerabilidade social é analisada através de indicadores que revelam as circunstâncias da população como “condições de vida e trabalho, cultura, situação econômica, nível de escolaridade, ambiente, relações de gênero, de classe e entre gerações etc”.

Ser mulher em nossa sociedade implica em fazer parte de um grupo vulnerável ao HIV devido às particularidades anatômicas e biológicas, sociais e culturais. Segundo Smeltzer; Bare (2009) apesar da transmissão poder ocorrer da mulher infectada para o homem sadio, estudos mostram que a mulher é nove vezes mais provável de contrair o vírus pelo fato deste apresentar-se em maior quantidade no sêmem que no conteúdo vaginal.

Ademais, Taquette (2009) afirma que devido a mulher apresentar a genitália anatomicamente escondida, há uma maior dificuldade no diagnóstico e tratamento de DST's, isso faz com que haja um aumento na probabilidade da mulher adquirir o HIV. “Por exemplo, a sífilis aumenta em 10 vezes a chance de infecção pelo HIV; a clamídia em seis vezes; o herpes genital, em nove vezes; e a gonorréia, em 18 vezes.”

Corroborando com essa evidência, Carvalho (2006b) em seu trabalho dá um enfoque diferenciado à vulnerabilidade selecionando dois fatores para explicar a feminização da AIDS. Primeiramente o autor indica as desigualdades de gênero como ponto fundamental nesse processo. Por mais que existam hoje mulheres independentes financeiramente e que por vezes são as provedoras do lar, elas ainda se comportam de maneira submissa e obediente à vontade masculina em suas relações conjugais, respeitando assim o ideal construído socialmente acerca do que é ser mulher. Nesse ponto questiona-se o motivo desse assujeitamento feminino, quando o autor passa a trabalhar com um segundo aspecto favorecedor da feminização: o ideal cultural do amor romântico. Esse romantismo faz com que este amor seja o maior objetivo da vida e coloca uma obrigatoriedade de sentimento nas relações sexuais, portanto implica dizer que deve haver fidelidade por ambas as partes; para

os casais o uso do preservativo portanto, pode significar a inexistência dessa fidelidade o que torna ainda mais dificultoso a negociação da camisinha para mulheres em união estável, que para aquelas que não têm parceiro fixo.

No âmbito das relações, o uso do preservativo feminino surge como uma forma de autonomia da mulher em relação à prevenção da AIDS uma vez que grande parte dos homens se recusam a usar o preservativo por acreditarem que este pode atrapalhar o seu prazer sexual. Distribuído pelo Ministério da Saúde desde 2000 e sendo também um método contraceptivo, o preservativo feminino torna-se tão ou mais eficaz, se usado de forma adequada, quanto o preservativo masculino em relação à prevenção do HIV/AIDS e outras DST's (PREUSSLER; MICHELETTI; PEDRO, 2003).

Outro fato importante que também contribui para disseminação da AIDS é o compartilhamento de seringas, conforme Taquette (2009).

“O consumo de drogas injetáveis é outro fator que contribui para o aumento da AIDS em mulheres, pois muitas se infectam por seus parceiros usuários de drogas que não utilizam preservativo em suas relações sexuais. Outras drogas, como as bebidas alcoólicas, a maconha e a cocaína, também são responsáveis pelo aumento da vulnerabilidade, pois provocam um relaxamento em relação à adoção de práticas sexuais seguras, principalmente entre as mais jovens.”

A luta contra a AIDS ainda constitui um desafio para a sociedade, para os pesquisadores e sobretudo para os profissionais da saúde que são muitas vezes despreparados para lidar com situações que envolvem a intimidade sexual das pessoas. Em 1994, Marinho já apontava que o desafio, que perdura até a nossa atualidade, está no simples fato do indivíduo fazer uso ou não do preservativo durante o coito. Na visão do autor, os governantes têm dado um enfoque incorreto à problemática realizando campanhas preventivas, porém que funcionam quase que exclusivamente como informativas abordando os mais diversos aspectos da doença ao passo que a sexualidade e individualidade do ser, é praticamente ignorada, pois há mais dificuldade em se trabalhar sob esta ótica, que torna o próprio homem e suas questões psicológicas como a “peça chave” para o controle da epidemia.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

Para alcançar os objetivos sugeridos, foi realizada uma pesquisa de cunho exploratório com abordagem qualitativa.

Silva; Menezes (2001) afirma que “pesquisa é um conjunto de ações, propostas para encontrar a solução para um problema, que tem por base procedimentos racionais e sistemáticos. A pesquisa é realizada quando se tem um problema e não se tem informações para solucioná-lo.”

A pesquisa exploratória tem o objetivo de “proporcionar maior familiaridade com o problema, visando torná-lo mais explícito, aprimorando idéias ou a descoberta de intuições.” (GIL, 2002).

Com relação à abordagem qualitativa Guerriero (2006) afirma que “a pesquisa qualitativa pode ser definida inicialmente como uma atividade contextualizada que localiza o observador no mundo.”

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado em Cajazeiras – PB, na Unidade Básica de Saúde - UBS Francisco Gonçalves (Mutirão). A escolha do referido local deu-se de forma intencional, por ser um serviço de saúde que atende a população de baixa renda e nível de escolaridade e por ser uma unidade onde há em suas micro-áreas, mulheres portadoras do vírus.

A cidade de Cajazeiras está situada no Sertão Paraibano há uma distância de 476 km da capital João Pessoa. O município possui 58.437 mil habitantes entre zona urbana e rural onde 30.507 dessa população é constituído por mulheres (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE, 2010).

A UBS Francisco Gonçalves localiza-se na rua Neco de Sousa, n 01 no bairro do Mutirão. A sua equipe de saúde é formada por 01 médico, 01 enfermeira e 01 técnica de enfermagem. A unidade conta com 10 agentes comunitários de saúde (ACS) que são responsáveis por fazer visitas nas residências das famílias de 10 micro-áreas, inclusive da zona rural.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo é composta por 952 mulheres cadastradas na UBS Francisco Gonçalves (Mutirão) maiores de 18 anos de idade.

Todavia para compor a amostra das mesmas, usou-se um método de conveniência, pois dependia da disponibilidade em participar das entrevistas. Dessa forma a amostra foi constituída por 10 mulheres em união estável, escolhidas de forma aleatória simples. As mulheres foram abordadas na unidade de saúde e questionadas sobre seu modo de união, as que afirmaram possuir união estável foram incluídas no sorteio a partir dos prontuários. Os prontuários ficaram em posse da recepcionista do posto e a pesquisadora selecionou de forma intercalada (1º, 3º, 5º, etc..) até obter a amostra de 10 mulheres. Dessa forma acredita-se que a seleção foi obtida de tal modo que todos os indivíduos da população têm igual probabilidade de serem selecionados.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram considerados como critérios de inclusão para participarem da amostra: ser mulher, estar casada ou ter parceiro fixo, ser maior de 18 anos, ser sexualmente ativa, residir no município de Cajazeiras e fazer parte da área adscrita da UBS Francisco Gonçalves (Mutirão).

Os critérios de exclusão foram: não aceitar assinar o Termo de Conhecimento Livre Esclarecido (TCLE) e o não preenchimento dos critérios supra citados impossibilitando as mulheres a participarem da pesquisa.

3.5 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Para Haguette (1997) a entrevista é um “processo de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado”.

O instrumento de coleta de dados utilizado foi um roteiro de entrevista estruturada com perguntas abertas apropriadas aos objetivos da pesquisa, abrangendo questões a respeito da identificação da entrevistada (03 questões) e sobre o tema abordado na pesquisa (07 questões). Para elaboração deste roteiro, recorreu-se primeiramente a uma pesquisa bibliográfica acerca da temática. Além disso, foi utilizado um gravador de áudio para registrar as respostas das mulheres, essas respostas posteriormente foram transcritas por esta pesquisadora.

A coleta de dados iniciou-se após assinaturas no termo de compromisso dos pesquisadores (ANEXO A), apreciação e parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade Integrada de Patos (FIP) (ANEXO B), autorização por escrito da Secretaria de Saúde do Município Cajazeiras – PB (ANEXO C). Em seguida na Unidade Básica de Saúde Francisco Gonçalves (Mutirão), foi solicitada a participação das mulheres, explicando os objetivos da pesquisa e o instrumento de coleta de dados (APÊNDICE A). As entrevistas ocorreram na própria unidade, de modo individual durante diferentes dias da semana e após a assinatura voluntária do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

3.6 ANÁLISE DE DADOS

As entrevistas gravadas foram transcritas integralmente e analisadas. Na transcrição das gravações, todos os nomes dos participantes foram substituídos por códigos: foram utilizados nomes de flores. As categorias resultantes da análise foram classificadas como: percepções populares da AIDS e percepção sobre sexo seguro. A interpretação dos resultados baseou-se na análise de conteúdo de Bardin (2002).

Nessa técnica os principais pontos da pré-análise são a leitura flutuante (primeiras leituras de contato aos textos), a escolha dos documentos (no caso os relatos transcritos), a formulação das hipóteses e objetivos (relacionados com a disciplina), a referenciação dos índices e elaboração dos indicadores (a frequência de aparecimento) e a preparação do material. Todas as entrevistas foram registradas através de gravação em áudio, transcritas na íntegra e autorizadas pelos participantes, além de que os textos passaram por pequenas correções lingüísticas, porém, não eliminando o caráter espontâneo das falas.

Baseia-se em operações de desmembramento do texto em unidades, ou seja, descobrir os diferentes núcleos de sentido que constituem a comunicação, e posteriormente, realizar o seu reagrupamento em classes ou categorias.

3.7 POSICIONAMENTO ÉTICO DO PESQUISADOR

Devido a este ser um estudo com seres humanos, foi levado em consideração as normas éticas recomendadas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a pesquisa com seres humanos, garantindo ao participante o direito do anonimato, da recusa na participação ou a desistência em qualquer etapa da pesquisa (BRASIL, 1996). Para tanto, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) contendo os objetivos da pesquisa e a garantia da sua privacidade tendo o direito de se recusar a dar entrevista.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste tópico inicialmente serão abordados os dados sócio-demográficos das entrevistadas e em seguida os resultados e a análise discursiva de acordo com as categorias definidas. Cada uma das mulheres participantes teve o seu nome substituído por um nome de flor para que a sua identidade fosse preservada.

4.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DAS PARTICIPANTES

Tabela 2 - Distribuição da amostra estudada segundo idade, grau de escolaridade e tempo de união estável. Cajazeiras – Paraíba, 2012.

Variáveis	F	%
Idade		
20-24	02	20
25-29	03	30
30-34	00	00
35-39	03	30
40-ou mais	02	20
Grau de escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	06	60
Ensino Fundamental Completo	01	10
Ensino Médio Incompleto	01	10
Ensino Médio Completo	02	20
Tempo de união estável		
0 a 1 Ano	02	20
2 a 5 Anos	02	20
6 a 10 Anos	02	20
11 a 15 Anos	02	20
16 a 20 Anos	01	10
21 anos ou mais	01	10
Total	10	100

FONTE: Dados da pesquisa/2012.

De acordo com a tabela 02 acima, podemos observar que foram entrevistadas 10 mulheres onde 20% dessa população tem a faixa etária entre 20 e 24 anos, 30% de 25 a 29 anos, 30% de 35 a 39 anos e 20% de 40 ou mais anos tendo sido a pesquisa portanto, realizada com mulheres jovens e adultas e ainda, a maioria delas está em fase de fecundação. A análise do grau de escolaridade aponta que da amostra, 60% tem apenas o Ensino

Fundamental incompleto, 10% concluíram o Ensino Fundamental, 10% possuem o Ensino Médio incompleto e 20% tem o Ensino Médio completo, o que implica dizer que a maioria tem baixo grau de escolaridade. Com relação ao tempo de união estável 02 mulheres relataram ter de 0 a 1 ano de relacionamento, 02 tem de 2 a 5 anos, 02 de 6 a 10 anos, 02 de 11 a 15 anos, 01 de 16 a 20 anos e 01 de 21 anos ou mais.

Rodrigues *et al* (2012) em seu estudo coloca que há diferentes situações de vulnerabilidade de acordo com o tempo de união conjugal e o grau de escolaridade. Para mulheres com muito tempo de convívio e baixo grau de escolaridade, a vulnerabilidade para contrair o vírus HIV se relaciona com o fato de que as idéias conservadoras definem que deve haver uma subordinação da esposa ao marido, além disso elas são propagadoras de informações midiáticas. Já para as mulheres que possuem nível médio de escolaridade e pouco tempo de convívio, a vulnerabilidade está associada aos aspectos emocionais por encararem o amor ao parceiro como a questão primordial de seus relacionamentos, ignorando por vezes a promiscuidade masculina.

4.2 DADOS REFERENTES AO OBJETO DO ESTUDO

Após o estudo das características das participantes, foi aplicada aos relatos do grupo a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin, sendo então analisados e divididos em duas categorias: percepções populares da AIDS e percepção sobre sexo seguro.

4.2.1 Percepções populares da AIDS

Inicialmente, buscou-se saber se dentro da amostra, havia alguma mulher portadora do vírus, porém durante os diálogos todas afirmaram serem soronegativas.

Sabendo que a informação e o conhecimento são os primeiros passos para o cuidado com o corpo e conseqüentemente a prevenção das mais diversas doenças, buscou-se primariamente reconhecer qual o entendimento acerca da AIDS das mulheres entrevistadas. Para tanto, lançou-se a seguinte indagação: *Na sua percepção o que você sabe sobre AIDS?*

Em resposta, 100% das mulheres disseram ser a AIDS uma DST. Mencionou-se ainda outras formas de transmissão, como transfusão de sangue e o compartilhamento de seringas, e ainda como prevenção o uso da camisinha.

“Eu sei que tem que usar preservativo, coisas de sangue tem que ser tudo descartável, beijo na boca não pega, pega? É o que eu sei, por transfusão de sangue e relação sexual, até onde eu sei.” (Gérbera)

“O que eu sei é que pode transmitir na relação sexual e por agulha.” (Orquídea)

“Eu acho que eu sei o necessário, que a gente aprende no colégio, que pega na relação e que tem que evitar usando preservativo” (Dália)

Porém, foram citadas ainda informações errôneas, como fica claro nos trechos abaixo:

“... pode ser até transmitida pelo beijo, mas só se tiver alguma cárie, alguma coisa no dente...” (Margarida)

“... é uma doença que mata, tem cura mas mata.” (Tulipa)

Os depoimentos demonstram um conhecimento insuficiente, onde as idéias emitidas parecem ser apenas reproduções do que é colocado pela mídia acerca do HIV/AIDS. Um fato preocupante pois pode propiciar uma certa vulnerabilidade entre essas participantes do estudo.

Carvalho; Martins; Galvão (2006), concordam ao relatarem que em sua pesquisa o grupo entrevistado demonstrou irrefutável desinformação sobre os aspectos da doença (conceito, sinais e sintomas, modos de transmissão, tratamento, prevenção) e ainda informações erradas sobre o tema.

Em verdade, apesar de haver um tratamento que proporcione um melhor bem estar ao soropositivo, o principal “remédio” é a educação em saúde, a solidariedade e um sistema público de saúde organizado capaz de atender as demandas desses pacientes. (FREITAS; GIR; RODRIGUES, 2000).

Foi perguntado à amostra se *conhece as formas de transmissão da AIDS?* As passagens abaixo revelam as respostas das participantes.

“Eu sei que é pelo sexo, quando a gente tem relação e também às vezes a gente usa um medicamento aí tem que tomar uma injeção, às vezes a mesma seringa não é?” (Rosa)

“Passa quando a gente tem relação, pelo sangue, só sei esses dois jeitos.” (Acácia)

Na sequência perguntou-se ainda a forma como haviam adquirido essas informações. 100% referiram ter aprendido através de propagandas, jornais, panfletos, programas de TV e rádio, porém 30% delas citaram ainda os serviços de saúde e 10% a escola como fonte de informação.

Estes dados confirmam a idéia de que as informações passadas acerca do tema são reproduções midiáticas. O fato de apenas 30 % terem citado os serviços de saúde, evidencia a deficiência deste sistema para promover a educação em saúde e realizar intervenções eficazes que contribuam para um conhecimento mais aprofundado da população.

Para Lima; Moreira (2008), “[...] a noção de risco é uma peça importante para entender as configurações da AIDS...” Tendo isso em vista, foi perguntado se *em sua opinião, você corre risco de se contaminar com o HIV?* E ainda o porquê da resposta.

Diante do exposto, verificou-se que 40% destas mulheres têm consciência de que podem contrair o vírus mesmo tendo atualmente um parceiro fixo. Todavia, 60% acredita piamente não estar correndo esse risco. Analisando a análise dos conteúdos das discussões sobre a questão, observam-se as seguintes falas:

“Não. Porque eu acho que não, porque eu só me relaciono com uma pessoa, só com o meu marido durante toda a minha vida.” (Begônia)

“Não. Porque eu sou casada, gosto muito do meu marido e ele de mim...” (Acácia)

“Não. Porque eu só tenho um parceiro, eu creio que não tem esse risco não.” (Dália)

Assim sendo, um dos fatores que contribuem para o não uso do preservativo nesse grupo específico, é justamente o entendimento que elas fazem acerca do risco para contaminação, pois apesar de por vezes relatarem que a prevenção é essencial, elas se excluem desse risco, pois a união conjugal e a conseqüente fidelidade e confiança em seu companheiro, as tornam protegidas.

Giacomozzi; Camargo (2004) *apud* Barbosa (1999), aponta que entre as mulheres principalmente as de classe social baixa não há percepção da existência do risco pois, a idéia é

que o valor colocado à família deve ser sempre maior que o valor colocado ao indivíduo, uma vez que o reconhecimento desse risco significa uma perda da sua identidade social. Corroborando, Trindade; Schiavo (2001) em seu estudo colocam que por as mulheres não terem noção dos riscos que correm, a AIDS é tida como algo distante de suas vidas, por outro lado, preocupam-se com o lado afetivo das suas relações.

4.2.2 Percepção sobre sexo seguro

Em continuidade e tendo em vista a investigação da compreensão do grupo acerca do tema, foi perguntado o que significa “sexo seguro”. O quadro abaixo categoriza as respostas dadas.

Quadro 1 – Categorias definidas baseado nas respostas à pergunta: “Para você, o que significa sexo seguro?”. Cajazeiras – Paraíba, 2012.

CATEGORIAS	F	%
Uso do preservativo	04	40%
Monogamia	04	40%
Não souberam responder	02	20%
TOTAL	10	100%

FONTE: Dados da pesquisa/2012.

Em conformidade com o quadro, 40% afirmaram que “sexo seguro” significa fazer uso do preservativo durante as relações sexuais, isso pode ser constatado nas falas a seguir:

“É usar camisinha...” (Rosa)

“É o sexo feito com camisinha.” (Margarida)

“Acho que é fazer com responsabilidade, saber o que está fazendo, se prevenindo.” (Dália)

“É usar o preservativo não é?” (Orquídea)

Contudo, os seguintes depoimentos confirmam que para 40% “sexo seguro” seria a prática da monogamia.

“Assim... só os dois, só o casal ter relação um com o outro, não passar a ter relação fora com outras pessoas, aí o sexo fica seguro, porque você tem que confiar no seu parceiro e ele confiar em você não é?” (Gardênia)

“Isso aí eu acho que é para quem tem mais de um parceiro que precisa disso, quem é como eu que é casada e só tem relação com uma pessoa eu acho que não precisa não.” (Begônia)

“... eu acho que é ter confiança no parceiro não é? Porque ele não deve fazer nada para te prejudicar.” (Tulipa)

“Para mim é fazer sexo só com o meu marido, para mim está seguro...” (Acácia)

Sobre prevenção, o estudo de Fernandes *et al* (2000), aponta que mais de 70% das mulheres entrevistadas relataram ser o preservativo o método de prevenção e um quarto delas responderam a monogamia. No presente estudo, percebe-se além de uma atividade sexual insegura, o quanto essas mulheres estão presas aos ideais românticos, pois de acordo com Trindade; Schiavo (2001), o envolvimento sentimental e sobretudo o conceito de fidelidade são os principais responsáveis pela não prevenção em mulheres casadas ou em estado conjugal, devendo estas se conscientizarem de que este é um pensamento retrógrado.

Ainda no questionamento anterior, e sobre o conhecimento dos modos de prevenção, a maioria (80%) reconhece unicamente a camisinha para esta finalidade, porém nenhuma delas fez alusão ao uso do preservativo feminino. Ao contrário do que se espera, este método parece não estar sendo utilizado pelas mulheres no combate à feminização da AIDS; além de as mulheres reconhecerem o risco e ser de custo mais alto, é necessário que elas saibam como usá-la e em acordo com o parceiro. (BARBOSA, 2000)

Preussler; Micheletti; Pedro (2003), em sua pesquisa sobre a aceitação do preservativo feminino em um grupo de mulheres soropositivas e com idades acima de 18 anos, constatou que a maioria delas foram consideradas como não aderentes ao método. Isso se deve ao fato destas mulheres já estarem na fase adulta e já terem introduzido nos seus hábitos o não uso deste preservativo. Verifica-se que para a introdução deste método no comportamento das mulheres, é necessário que se invista na inserção de práticas educacionais o mais cedo possível nas vidas delas, quando o comportamento ainda está sendo socialmente definido.

Não basta informar, apontar as atitudes corretas, e muito menos amedrontar a população acerca das conseqüências biológicas do vírus, é necessário criar intervenções

estratégicas, levando em consideração a sexualidade humana, e que possam inculcar idéias na mente das pessoas e assim torná-las conscientes. (LIMA; MOREIRA, 2008).

Para conhecer a real prática da prevenção entre estas mulheres, foi questionado se “*você costuma utilizar preservativos durante a relação com o companheiro?*”. 10% respondeu que sim, que faz uso do preservativo e 90% respondeu que não.

Sobre o porquê, apenas 10% respondeu haver necessidade de prevenção para ambas as partes; grande parte das entrevistadas mencionou não fazer por encararem o preservativo apenas como método anticoncepcional, denotando segurança com relação ao risco para adquirir AIDS e/ou outras DSTs; devido à prática da monogamia e ainda pela não aceitação da condição pelo parceiro.

A não aceitação masculina demonstra o assujeitamento à que a mulher é colocada dentro de uma relação de desigualdade, em uma sociedade machista e patriarcal, quando a opção de prevenção é quase que exclusivamente colocada ao homem, mesmo quando há suspeita ou confirmação de relação extramatrimonial deste. (GALVÃO; CERQUEIRA; MACHADO, 2004).

A negociação do uso do preservativo pode ser feita quando a mulher tem o empoderamento das informações, ainda assim esta ação preventiva é melhor aceita por mulheres solteiras, já que geralmente em um relacionamento estável não há espaço para discussões sobre prevenção.

Analisando a vulnerabilidade sob a perspectiva de gênero, Rodrigues et al. (2012) ressalta a importância de políticas que possam ajudar na superação das desigualdades e também a importância de trabalhos educativos principalmente dos profissionais da enfermagem.

Por fim, buscou-se compreender quais eram as principais dúvidas dessas mulheres acerca do HIV/AIDS, para tanto perguntou-se *o que gostaria de saber sobre HIV/AIDS que ainda desconhece? A maioria relatou ter dúvidas quanto às formas de transmissão do vírus, no entanto existiram também dúvidas acerca do tratamento da AIDS. Os seguintes depoimentos ilustram essas ideias:*

“Como é transmitido, se outra pessoa tiver e a gente tiver contato falando, se pega, ou se é só tendo relação sexual.” (Gardênia)

“Como passa para a pessoa porque eu não sei direito não é?” (Frésia)

“Ah! Eu queria saber se passa pelo alicate da unha...” (Orquídea)

“Querida saber se a doença se acaba pq minha vizinha disse que tem remédio para AIDS, mas eu acho que não tem, a pessoa morre desse problema.”
(Acácia)

Com base nestes relatos pode-se confirmar que, apesar dos esforços do governo para tentar difundir ao menos os dados mais importantes sobre o tema, dúvidas relativas a questões simples, em especial sobre a propagação da doença, ainda existem e são constantes, evidenciando a falta de empoderamento da informação por parte desta população, já que as idéias repassadas foram caracterizadas por uma restrição nos conceitos e pela superficialidade nas respostas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste trabalho se tornou relevante no sentido de ampliação do conhecimento acerca do tema estudado, pois o mesmo foi abordado de uma maneira holística, onde se pode conhecer a doença não somente nos aspectos biológicos, mas também o contexto histórico, cultural e sexual que estas mulheres estão inseridas. O questionário aplicado permitiu avaliar o nível de conhecimento, percepção para o risco de contaminação e as práticas sexuais de cada uma das entrevistadas.

Constatou-se, por exemplo, que o conhecimento delas pode ser considerado superficial e quase sempre adquirido através da mídia, já que as idéias estão ligadas principalmente ao uso da camisinha como modo de prevenção. Os relatos denunciaram também a desinformação através da propagação de conceitos errôneos e/ou restritos. A noção de risco para contaminação destas mulheres é ainda mais preocupante, pois uma parte delas desconhece a existência de práticas sexuais do homem fora do relacionamento, o conceito de fidelidade e monogamia lhes proporciona uma falsa segurança, acreditando que a prevenção deve ser realizada apenas por mulheres que diferente destas, não se encontram em um relacionamento conjugal.

Espera-se que o preservativo feminino, seja um modo que a mulher tenha de adquirir uma maior autonomia no sentido de preservar a sua saúde, no entanto o estudo demonstrou que isto ainda está distante de acontecer já que sobre os métodos de prevenção apenas o masculino foi citado. Sobre o uso do preservativo masculino, a maioria relatou não fazer uso, seja por fazerem uso de outro método de anticoncepcional, por acreditarem não haver necessidade já que se encontram em um relacionamento monogâmico, mas principalmente pela rejeição do parceiro ao método, evidenciando a falta de autonomia feminina e desigualdade de gêneros neste contexto, o que torna a mulher ainda mais vulnerável.

É notório que, apesar de todo o esforço de autoridades de todo o mundo, em conter a transmissão do HIV e proporcionar uma boa qualidade de vida aos que já são portadores, através dessa pesquisa percebe-se que, isso ainda está distante da nossa realidade, pois ainda existem dúvidas simples acerca da transmissão, prevenção, tratamento e risco para contaminação

É necessário que haja um novo olhar direcionado a problemática da AIDS. A educação em saúde é o ponto fundamental para esta questão. Os estabelecimentos de saúde, em especial as Unidades Básicas de Saúde, devem ter profissionais capacitados para desenvolver trabalhos educativos com a população, sejam jovens ou idosos, homo ou heterossexuais, mulheres ou homens, em união estável ou não.

Neste contexto, salienta-se o papel dos profissionais de saúde, em particular, da equipe de enfermagem, na realização de trabalhos educativos junto com as mulheres a partir da disponibilização de informações que contribuam para dar visibilidade aos fatores que aumentam a vulnerabilidade da mulher em união conjugal à AIDS.

Estes trabalhos devem promover o diálogo, como forma de cuidado, entre profissional e paciente e também entre o casal, de modo onde se possa falar abertamente sobre práticas sexuais, dúvidas sobre o vírus, medos e preconceitos dos indivíduos. É crucial que haja também uma educação sexual de qualidade desde a infância e adolescência, tanto nas escolas como nas unidades de saúde, para que haja a formação de uma consciência e o desenvolvimento de um comportamento sexual adequado.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, Regina Maria. **HIV/AIDS, transmissão heterossexual e métodos de prevenção controlados pelas mulheres.** Saúde sexual e reprodutiva. Coleção ABIA, n. 02. Rio de Janeiro, 2000.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico Aids – DST:** versão preliminar. Ano VIII. n. 01. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução 196/96.** Pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF: CONEP, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Critérios de definição de casos de AIDS em adultos e crianças.** Série Manuais. n. 60. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias.** Guia de bolso. Série B. Textos Básicos de Saúde. 8ed. Brasília, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **HIV/Aids, hepatites e outras DST.** Cadernos de Atenção Básica. n.18, Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de Prevenção das DST/HIV/Aids em Comunidades Populares.** Série Manuais. n.83. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes.** Série Manuais. n. 46. Brasília, 2010b.

CARVALHO, Carolina Maria de Lima; MARTINS, Ludmila Feitosa Arrais; GALVÃO, Marli Teresinha Gimenez. **Mulheres com HIV/AIDS informam conhecimento acerca da infecção.** Revista de Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p. 191-195, 2006a.

CARVALHO, João Alberto. **O amor que rouba sonhos:** um estudo sobre a exposição feminina ao HIV. 1. ed. São Paulo: Casa do psicólogo, 2006b.

FERNANDES, Arlete Maria dos Santos; ANTÔNIO, Daniel de Gaspari; BAHAMONDES, Luis Guillermo; CUPERTINO, Caren Vanessa. **Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres brasileiras atendidas pela rede básica de saúde com relação às doenças de transmissão sexual.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.16, sup. 1, p. 103-112, 2000.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 5. ed. São Paulo: Positivo, 2010.

FERREIRA, Cláudio Vital de Lima. **AIDS e exclusão social: um estudo clínico com pacientes com HIV**. São Paulo: Lemos Editorial, 2003.

FREITAS, Mara Rúbia Ignácio de; GIR, Elucir; RODRIGUES, Antônia Regina Furegatto. **Compreendendo a sexualidade de indivíduos portadores de HIV-1**. Revista da Escola de Enfermagem USP, São Paulo, v. 34, n.3, p. 258-263, 2000.

GALVÃO, Marli T. Gimenez; CERQUEIRA, Ana Teresa de Abreu Ramos; MACHADO, Jussara Marcondes. **Medidas contraceptivas e de proteção da transmissão do HIV por mulheres com HIV/AIDS**. Revista de Saúde Pública, Botucatu, v. 38, n. 2, p. 192-200, 2004.

GIACOMOZZI, Andréia Isabel; CAMARGO, Brigido Vizeu. **Eu confio no meu marido: estudo da representação social de mulheres com parceiro fixo sobre prevenção da AIDS**. Psicologia: Teoria e Prática, v. 6, n. 1, p. 31-44, 2004.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GUANILO, Mônica Cecilia de La Torre Ugarte. **Vulnerabilidade Feminina ao HIV: metassíntese**. São Paulo, 2008.

GUERRIERO, Iara Coelho Zito. **Aspectos Éticos das pesquisas qualitativas em saúde**. São Paulo, 2006.

HAGUETTE, Teresa Maria Frota. **Metodologias qualitativas na Sociologia**. 5 ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo 2010 Paraíba**. Paraíba – Cajazeiras. 2010.

LIMA, Maria Lúcia Chaves; MOREIRA, Ana Cleide Guedes. **AIDS e feminização: os contornos da sexualidade**. Revista Mal-estar e Subjetividade, Fortaleza, vol. VIII, n. 1, p.103-118, 2008.

MARINHO, Luiz Carlos de Oliveira. **A questão da sexualidade e a prevenção da AIDS**. In Maria A. Loyola, (Org.), AIDS e sexualidade: O ponto de vista das ciências humanas. 1. ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

NICHIATA, Lucia Yasuko Icum; BERTOLOZZI, Maria Rita; TAKAHASHI, Renata Ferreira; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. **A utilização do conceito "vulnerabilidade" pela enfermagem**. Revista Latino-americana de Enfermagem, São Paulo, v. 16, n. 5, 2008.

PREUSSLER, Gisele Maria Inchauspe; MICHELETTI, Vania Celina Dezoti; PEDRO, Eva Neri Bubim. **Preservativo feminino: uma possibilidade de autonomia para as mulheres HIV positivas**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, vol. 56, n. 6 p. 699-701, 2003.

RODRIGUES, Larissa Silva Abreu; PAIVA, Mirian Santos Paiva; OLIVEIRA, Jeane Freitas de Oliveira; NÓBREGA, Sheva Maia da Nóbrega. **Vulnerabilidade de mulheres em união heterossexual estável à infecção pelo HIV/Aids: estudo de representações sociais**. Revista da Escola de Enfermagem USP, São Paulo, v. 46, n. 2, 2012.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; FILHO, Naomar de Almeida. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

RACHID, M.; SCHECHTER, M. **Manual de HIV/AIDS**. 9. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

SILVA, Edna Lúcia da; MENEZES, Estera Musztak. **Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação**. 3. ed. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

TAQUETTE, Stella; **Feminização da AIDS e adolescência**. Revista Adolescência e Saúde, Rio de Janeiro, v. 6, n.1,p.33-40,2009.

TRINDADE, Mônica P.; SCHIAVO, Márcio R. **Comportamento Sexual das Mulheres em Relação ao HIV/AIDS**. Jornal Brasileiro Doenças Sexualmente Transmissíveis, Rio de Janeiro, vol.13, n.5, p. 17-22, 2001.

UNAIDS. **United Nations Programme on HIV/AIDS**. Disponível em

<translate.google.com.br/translate?hl=ptBR&sl=en&u=http://www.unaids.org/&prev=/search%3Fq%3Dunaid%26hl%3DptBR%26noj%3D1%26site%3Dwebhp%26prmd%3Dimvns&sa=X&ei=_9ebUNDzAYn89gSmhoHQBw&ved=0CCcQ7gEwAA> Acessado em: 01 fev.2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

01- Nome :

02- Idade:

03- Grau de escolaridade:

04- Há quanto tempo está em união estável?

05- É portadora do vírus? Você sabe ou faz idéia de como adquiriu?

06- Na sua percepção, o que você sabe sobre AIDS?

07- Conhece as formas de transmissão da AIDS? Como aprendeu?

08- Na sua opinião você corre risco de se contaminar com o HIV? Por quê?

09- Para você, o que significa “sexo seguro”? Conhece os métodos de prevenção?

10- Você costuma utilizar preservativo durante relação com o companheiro? Por quê?

11- O que gostaria de saber sobre HIV/AIDS que ainda desconhece?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Universidade Federal de Campina Grande

FIP – Faculdades Integradas de Patos

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ESTUDO: “ESTUDO SOBRE A VULNERABILIDADE DE MULHERES EM UNIÃO ESTÁVEL AO HIV/AIDS”

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.

Eu _____,
 Profissão _____, residente na rua _____
 _____, portador da Cédula
 de identidade, RG _____, e inscrito no CPF/MF _____
 nascido(a) em ____ / ____ / _____, abaixo assinado(a), concordo de livre e espontânea
 vontade em participar como voluntário(a) do estudo **“ESTUDO SOBRE A
 VULNERABILIDADE DE MULHERES EM UNIÃO ESTÁVEL AO HIV/AIDS”**.
 Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais
 esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas.

Estou ciente que:

- I) O estudo se faz necessário para que se possa investigar a vulnerabilidade de mulheres em união estável ao HIV/AIDS na ESF Mutirão em Cajazeiras-PB;
- II) A participação neste projeto não tem objetivo de me submeter a um tratamento, bem como não me acarretará qualquer ônus pecuniário com relação aos procedimentos médico-clínico-terapêuticos efetuados com o estudo;
- III) Tenho a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação;

- IV) A desistência não causará nenhum prejuízo à minha saúde ou bem estar físico. Não virá interferir no atendimento ou tratamento médico;
- V) Os resultados obtidos durante a pesquisa serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados;
- VI) Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados, ao final desta pesquisa.
- () Desejo conhecer os resultados desta pesquisa.
- () Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.
- VII) Caso me sinta prejudicado (a) por participar desta pesquisa, poderei recorrer ao CEP/FIP, do Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos das Faculdades Integradas de Patos, ao Conselho Regional de Medicina da Paraíba e a Delegacia Regional de Patos.

Cajazeiras, _____ de _____ de 2012

Testemunha 1 : _____

Nome / RG / Telefone

Testemunha 2 : _____

Nome / RG / Telefone

Responsável pelo Projeto:

Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro

Telefone para contato: (83) 9313-0600

ANEXOS

ANEXO A - TERMO DE COMPROMISSO DO (S) PESQUISADOR (ES)

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo – assinados, respectivamente, autor e orientando da pesquisa intitulada “**ESTUDO SOBRE A VULNERABILIDADE DE MULHERES EM UNIÃO ESTÁVEL AO HIV/AIDS**” assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 196/ 96 do Conselho Nacional de Saúde/ MS e suas Complementares, outorgada pelo Decreto nº 93833, de 24 de Janeiro de 1987, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmamos, outrossim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta. Apresentaremos sempre que solicitado pelo CEP/ FIP (Comitê de Ética em Pesquisas/ Faculdades Integradas de Patos), ou CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CEP/ FIP, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Patos, _____ de _____ de 2012.

MARIA BERENICE GOMES NASCIMENTO PINHEIRO
Pesquisador da Pesquisa

THALYTA CAMPOS FORMIGA
Pesquisador Participante

ANEXO B – PARECER FAVORÁVEL DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

FUNDAÇÃO FRANCISCO
MASCARENHAS/FACULDADE
INTEGRADA DE PATOS-FIP

PROJETO DE PESQUISA

Título: ESTUDO SOBRE A VULNERABILIDADE DE MULHERES EM UNIÃO ESTÁVEL AO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 02376612.3.0000.5181

Pesquisador: MARIA BERENICE GOMES NASCIMENTO PINHEIRO

Instituição: Universidade Federal de Campina Grande -
Centro de Educação e Saúde da UFCG

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 110.706

Data da Relatoria: 27/09/2012

Apresentação do Projeto:

O referido projeto pretende desenvolver uma investigação exploratória, de caráter descritivo, seguindo paradigma qualitativo, diante da vulnerabilidade de mulheres em união estável ao HIV/AIDS em Cajazeiras - Paraíba. Participarão da pesquisa 10 mulheres em união estável, escolhidas de forma aleatória simples, por sorteio em prontuários. Diante disso, a pesquisadora buscará manter um contato presencial com cada uma delas, no intuito de realizar entrevistas gravadas e posteriormente analisadas diante da metodologia 'Análise de Discurso' desenvolvida por Bardin (2004).

Objetivo da Pesquisa:

A presente proposta apresenta em seu objetivo primário 'Investigar a vulnerabilidade de mulheres em união estável ao HIV/AIDS em Cajazeiras - Paraíba.

No tocante aos objetivos secundários, são apontados: 'Conhecer os aspectos para vulnerabilidade desta população nas dimensões a programática, individual e social; Identificar as percepções das mesmas sobre prevenção e transmissão do HIV/AIDS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apresenta justificativa coerente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

No que circunscreve ao seu conteúdo, a proposta apresenta-se fundamentada, demonstrando a possibilidade de um estudo relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Do ponto de vista da documentação, o projeto cumpre os requisitos estabelecidos pela CONEP, através da Resolução 196/96.

Recomendações:**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Diante do exposto, manifesto parecer favorável à realização do trabalho

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação do CONEP:

Não

Considerações Finais a Critério do CEP:

PATOS, 28 de Setembro de 2012

Assinado por:
Flaubert Paiva

(Coordenador)

Endereço: Rua Horácio Nóbrega S/N

Bairro: Belo Horizonte

CEP: 58.704-000

UF: PB

Município: PATOS

Telefone: (83) 3421-7300

FAX: (83) 3421- 4047

E-mail: comitedeeticafip@gmail.com;

cepfig@fiponline.com.br

ANEXO C – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR A PESQUISA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Manoel Gomes Pedroza, s/n Centro.

CEP.: 58900-000

DECLARAÇÃO

Eu, **Pablo Leitão**, secretário de saúde do município de Cajazeiras – PB, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada: “**Estudo sobre a vulnerabilidade de mulheres em união estável ao HIV/AIDS**”, que será realizada com abordagem qualitativa, na Unidade de Saúde da Família USF Francisco Gonçalves (Mutirão) durante o mês de Maio de 2012 após liberação do Comitê das Faculdades Integradas de Patos, tendo como pesquisadora Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro professora da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG.

Cajazeiras, 09 de abril de 2012

Pablo Leitão

Secretário de Saúde do Município de Cajazeiras – PB