



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

STELLA MAIA BARBOSA

**A INTENÇÃO DA ADOÇÃO DE COMPORTAMENTO SEXUAL
SEGURO ENTRE DOADORES DE SANGUE - ENFOQUE NA
PREVENÇÃO DE HIV/AIDS**

**FORTALEZA
2011**

STELLA MAIA BARBOSA

**A INTENÇÃO DA ADOÇÃO DE COMPORTAMENTO SEXUAL
SEGURO ENTRE DOADORES DE SANGUE - ENFOQUE NA
PREVENÇÃO DE HIV/AIDS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Enfermagem e a Educação em saúde

Grupo de Pesquisa: Família, Ensino, Pesquisa e Extensão (FAMEPE).

Orientador(a): Prof^a Dr^a Neiva Francenely Cunha Vieira

**FORTALEZA
2011**

B212i Barbosa, Stella Maia

A intenção da adoção de comportamento sexual seguro entre doadores de sangue: enfoque na prevenção de hiv/aids/ Stella Maia Barbosa. – Fortaleza, 2011.

90 f. : il.

Orientadora: Profª Drª Neiva Francenely Cunha Vieira

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Fortaleza, 2011.

1. Doadores de Sangue 2. Comportamento Sexual 3. Promoção da Saúde 4. HIV 5. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida 6. Enfermagem 7. Vulnerabilidade I. Vieira, Neiva Francenely Cunha (Orient.) II. Título.

CDD:616.9792

STELLA MAIA BARBOSA

**A INTENÇÃO DA ADOÇÃO DE COMPORTAMENTO SEXUAL
SEGURO ENTRE DOADORES DE SANGUE - ENFOQUE NA
PREVENÇÃO DE HIV/AIDS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Data da Aprovação: _____/_____/_____

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª Dr^ª Neiva Francenely Cunha Vieira (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof^ª. Dr^ª. Maria Lúcia Duarte Pereira (Membro Efetivo)
Universidade Estadual do Ceará – UECE

Prof. Dr. Paulo César de Almeida (Membro Efetivo)
Universidade Estadual do Ceará – UECE

Prof^ª Dr^ª Patrícia Neyva da Costa Pinheiro (Membro Suplente)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Esta pesquisa contou com o financiamento da
Fundação Cearense de Apoio à Pesquisa -
FUNCAP

Aos meus pais, **Ivo e Ailce**, meus educadores, amigos, companheiros e incentivadores do meu crescimento. Vocês são os verdadeiros responsáveis pelo meu sucesso, pois me ensinaram a acreditar nos meus ideais. Obrigada por tudo!

Ao **João**, meu esposo e companheiro, que sempre me apoiou em tudo e contribuiu significativamente para o meu crescimento pessoal e profissional. Obrigada pelo incentivo perante as dificuldades e pela compreensão nos momentos em que tive que me dedicar ao Mestrado e ao término desta dissertação.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que permitiu mais essa vitória em minha vida, dando-me forças para vencer todos os obstáculos que encontrei durante o percurso;

À minha querida orientadora Prof^a Dr^a. Neiva Francenely, que me acompanha academicamente desde a graduação, acreditou em mais esse trabalho no qual tanto o engrandeceu a partir de suas brilhantes colaborações. Obrigada pela compreensão, confiança e amizade construída ao longo desses anos;

À Prof^a Dr^a Patrícia Neyva pelos ensinamentos e amizade construídos desde a graduação e a grande contribuição em meu crescimento profissional;

Ao Prof. Dr. Paulo César e à Prof^a Dr^a Lúcia Duarte que tanto colaboraram na construção deste estudo a partir de seus conhecimentos;

Ao meu irmão Yvens, pelo companheirismo e colaboração no desenvolvimento deste estudo;

Aos meus familiares e amigos tão queridos que sempre se fazem presentes em meu coração e em minha vida, por serem a fonte de inspiração e pela disponibilidade de compartilharem desafios juntos comigo;

Aos doadores de sangue com os quais realizei este estudo, pela confiança e colaboração, que além de doarem seu sangue se disponibilizaram a doar um pouco do seu tempo em prol da promoção da saúde dos doadores de sangue para uma melhor qualidade do sangue transfundido aos seus receptores;

Ao Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará - HEMOCE que autorizou a realização desta pesquisa, e a todos os seus funcionários que me ajudaram na realização desse estudo;

À Coordenação, Professores e todos os Funcionários do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará pelo apoio e aprendizagem adquirida ao longo desses dois anos de Mestrado;

A todos os colegas da Pós-Graduação em Enfermagem – UFC que cresceram juntos comigo, ofereceram suas amizades e compartilharam suas experiências, apoiando-me na concretização deste estudo;

À Fundação Cearense de Apoio à Pesquisa (FUNCAP) que apoiou financeiramente esta pesquisa;

A todos que contribuíram para a realização deste estudo e compartilham comigo a concretização deste sonho.

Transposição de Vida

“[...] Os rios que correm pelo chão do planeta são artérias semeando vida nos lugares que passam, distribuindo sangue para o funcionamento da vida. É preciso cuidar deles como se cuida da própria mãe, porque eles são o sangue que nos gerou a todos. Quando uma terra não tem rios, ela fica anêmica, adoce e morre. Por isso às vezes é preciso buscar água muito longe, caminhar bastante sobre a terra morta. Às vezes é preciso fazer uma cirurgia na terra, é preciso transpor as águas de onde há fartura para onde falta. Isso é solidariedade, sim, mas também é cuidar da própria vida, pois um rio precisa dos outros para chegar ao mar, o mar que lhe dá vida. Porque se um rio adoce, todos os outros rios adoecem um pouco. E se um rio morre (como é triste ver um rio morto...), todos morrem com ele e o mar empobrece e a terra murcha e a vida se esvai.

Viver se assemelha a essa transposição de águas: quem tem, dá a quem precisa. Viver é uma contínua transposição de sangue: porque é desaguando nos outros que chegamos todos juntos ao mar. Quem é vivo doa a vida. Doa para viver. E doar não dói, foi o que aprendi. O que dói é não viver.”

Ricardo Kelmer

RESUMO

Este estudo teve como objetivo analisar a intenção do comportamento sexual seguro entre doadores de sangue do Hemocentro de Fortaleza, Ceará, por meio de sua percepção de risco e vulnerabilidade ao HIV e adoção de comportamento para redução sexual de risco. Trata-se de uma pesquisa transversal e exploratória, realizada com 384 doadores de sangue do Hemocentro de Fortaleza/CE, utilizando-se, para coleta de dados, de um questionário semiestruturado autoaplicado. Os resultados dos dados foram apresentados por associações entre conhecimento, comportamento e intenção dos doadores de sangue com suas características e analisados por meio de testes χ^2 ou de máximo verossimilhança. As questões fechadas foram analisadas estatisticamente e as questões abertas foram organizadas em categorias temáticas, analisando-as qualitativamente. Observou-se predominância masculina (72,1%); idade média dos participantes de 32 anos; 94,3% residem em Fortaleza ou Região Metropolitana; 78,4% apresentaram o ensino médio ou superior como escolaridade e uma renda mensal média de dois salários mínimos. Constata-se que ainda predomina conhecimentos equivocados sobre as formas de transmissão do HIV, como 50,2% dos informantes responderam erroneamente ou não sabiam se o vírus era transmitido em banheiros públicos e 6% dos doadores de sangue responderam equivocadamente ou ficaram na dúvida se o vírus era transmitido por mosquitos. Com relação ao número de parceiros sexuais, possuem uma média de 1,5 parceiros/ano. As práticas preventivas face ao risco de transmissão do HIV foram avaliadas e o preservativo é usado com frequência por 13,1% dos doadores em relações com parceiro fixo e por 47,6% quando a parceiro é considerado eventual. De acordo com a classificação de Mann em relação à vulnerabilidade os sujeitos da amostra assim se comportam: 6,3% enquadram-se como o grupo de vulnerabilidade mínima por reportarem não ter atividade sexual, enquanto que 86,9% dos doadores de sangue encontram-se classificados como de vulnerabilidade alta pois possuem parceria única e não usa preservativos de forma consistente. Pode-se inferir deste estudo que os participantes apresentaram uma grande vulnerabilidade à infecção ao HIV, o que não se espera de um perfil para doadores de sangue, devido a implicações que este resultado pode trazer na segurança transfusional. Portanto, sugere-se a implantação de ações de saúde relacionadas à prevenção das DST/AIDS, culturalmente sensíveis e direcionadas aos doadores de sangue, pois eles têm responsabilidade civil e social ao realizarem a escolha de doarem seu sangue para quem o necessita. Nesse aspecto, os Enfermeiros devem incluir ações de educação em saúde com doadores de sangue, pois estão atuando cada vez mais na área da Hemoterapia e tendo um papel ativo na contribuição da melhoria da qualidade dos hemocomponentes transfundidos para a população brasileira.

Descritores: Doadores de Sangue. Comportamento Sexual. Promoção da Saúde. HIV. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. Enfermagem. Vulnerabilidade.

ABSTRACT

This study aims to analyze the intention of safe sexual behavior among blood donors from the Blood Center of Fortaleza, Ceara, through their perception of risk and vulnerability to HIV and adoption of sexual behavior to reduce risk. This is a cross-sectional and exploratory study with 384 blood donors from the Blood Center of Fortaleza, using data collection from a self-administered questionnaire. The resulting data were presented by associations between knowledge, intention and behavior of blood donors with their characteristics and analyzed using X^2 test or maximum likelihood. The open questions were organized into thematic categories, analyzing them qualitatively. There was male predominance with 72.1% of the sample, participants' average age of 32 years, 94.3% live in Fortaleza or Metropolitan Region; 78.4% had high school or higher educational level and an average monthly income of two minimum wages. It is noticed that still prevails equivocal knowledge about modes of transmission of HIV, but 50.2% of respondents answered incorrectly or did not know if the virus was transmitted in public restrooms and 6% of blood donors responded or mistakenly left in doubt whether the virus was transmitted by mosquitoes. Regarding the number of sexual partners, blood donors have an average of 1.5 partners per year. Preventive strategies against the risk of HIV transmission were evaluated and the condom is used regularly by 13.1% of donors in relations with regular partners and 47.6% when the partner is considered possible. According to the classification of Mann in relation to the vulnerability of the subject sample thus behave: 6.3% of donors fall into the group of least vulnerability for reporting no sexual activity, while 86.9% of donors blood are classified as high vulnerability because they have a unique partnership and does not use condoms consistently. It can be inferred from this study that the participants had a high vulnerability to HIV infection, which is not expected for a profile of blood donors, because the implications of this result may bring in transfusion safety. Therefore, we suggest the deployment of the health activities related to prevention of STD/AIDS, culturally sensitive and targeted to blood donors because they have social and civil liability when making the choice to donate their blood for those who need it. In this aspect, Nurses must include health education activities with blood donors, because they are increasingly working in the field of Hematology and taking an active role in contributing to improving the quality of transfused blood products for the Brazilian population.

Descriptors: Blood Donors. Sexual Behavior. Health Promotion. HIV. Acquired Immunodeficiency Syndrome. Nursing. Vulnerability.

RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo analizar la intención de comportamiento sexual seguro entre los donadores de sangre del Banco de Sangre en Fortaleza, Ceará, a través de su percepción de riesgo y vulnerabilidad al VIH y la adopción de la conducta sexual para reducir el riesgo. Se trata de un estudio transversal y exploratorio con 384 donadores de sangre desde el Centro de Sangre de Fortaleza, Ceará, con la recopilación de datos de un cuestionario autoadministrado. Los datos obtenidos fueron presentados por las asociaciones entre el conocimiento, la intención y el comportamiento de los donantes de sangre con sus características y se analizaron mediante la prueba de X^2 o de máxima verosimilitud. Las preguntas abiertas fueron organizadas en categorías temáticas, analizarlos cualitativamente. Hubo predominio del sexo masculino con 72,1% de la muestra, la edad de los participantes promedio de 32 años, el 94,3% vive en la Fortaleza y Región Metropolitana, el 78,4% tenían la secundaria o superior nivel educativo y un ingreso promedio mensual de dos salarios mínimos. Se advierte que aún prevalece el conocimiento equívocos acerca de los modos de transmisión del VIH, pero el 50,2% de los encuestados respondió incorrectamente o no sabía si el virus se transmitió en los baños públicos y el 6% de los donadores de sangre o respondido por error deja en duda si el virus fue transmitido por los mosquitos. En cuanto al número de parejas sexuales, los donadores de sangre tienen un promedio de 1,5 parejas por año. Las estrategias de prevención contra el riesgo de transmisión del VIH fueron evaluados y el condón se utiliza regularmente en un 13,1% de los donadores en las relaciones con la pareja estable y el 47,6% cuando la pareja se considera posible. De acuerdo a la clasificación de Mann en relación con la vulnerabilidad de la muestra de sujetos se comportan así: 6,3% de los donadores entran en el grupo de al menos vulnerabilidad para que no reportan actividad sexual, mientras que 86,9% de los donadores la sangre se clasifican como de alta vulnerabilidad debido a que tienen una asociación única y no usa condones. Se puede inferir de este estudio que los participantes tenían una alta vulnerabilidad a la infección por el VIH, que no se espera para un perfil de los donadores de sangre, debido a las implicaciones de este resultado puede traer seguridad de las transfusiones. Por lo tanto, se sugiere la implementación de las acciones de salud relacionadas con la prevención de ETS / SIDA, culturalmente sensibles y específicas para los donadores de sangre, ya que tienen una responsabilidad social y civil a la elección de donar su sangre para aquellos que lo necesitan. En este sentido, las enfermeras deberían incluir acciones que la educación sanitaria a los donantes de sangre, debido a que son cada vez más en el campo de la Hematología y tomar un papel activo para contribuir a mejorar la calidad de los productos de la sangre transfundida para la población brasileña.

Descriptor: Donadores de Sangre. Conducta Sexual. Promoción de la Salud. VIH. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Enfermería. Vulnerabilidad.

LISTA DE TABELAS

- 1 - Média anual de doadores de sangue do Hemocentro de Fortaleza. Fortaleza, 2010.
- 2 – Perfil sócio-demográfico dos doadores de sangue do Hemocentro de Fortaleza. Fortaleza-CE, 2010.
- 3 – Distribuição do número de doadores de sangue segundo conhecimentos sobre formas de transmissão do HIV. Fortaleza-CE, 2010.
- 4 – Distribuição do número de doadores de sangue segundo conhecimentos sobre formas de transmissão do HIV e escolaridade. Fortaleza-CE, 2010.
- 5 – Distribuição do número de doadores de sangue segundo crenças e conhecimento sobre HIV/AIDS. Fortaleza-CE, 2010.
- 6 – Distribuição do número de doadores de sangue segundo crenças e conhecimento sobre HIV/AIDS e idade. Fortaleza-CE, 2010.
- 7 – Distribuição do número de doadores de sangue segundo práticas sexuais. Fortaleza-CE, 2010.
- 8 – Distribuição do número de doadores de sangue segundo idade e uso de preservativo. Fortaleza-CE, 2010.
- 9 – Distribuição do número de doadores de sangue segundo uso do preservativo e estado civil. Fortaleza-CE, 2010.
- 10 – Distribuição do número de doadores de sangue segundo uso de drogas lícitas e ilícitas. Fortaleza-CE, 2010.
- 11 – Distribuição do número de doadores de sangue segundo frequência na aquisição de preservativos. Fortaleza-CE, 2010
- 12 – Distribuição do número de doadores de sangue segundo frequência na aquisição de preservativos e idade. Fortaleza-CE, 2010
- 13 – Distribuição do número de doadores de sangue segundo frequência na aquisição de preservativos e sexo. Fortaleza-CE, 2010
- 14 – Distribuição do número de doadores de sangue segundo estilo de vida sexual em tempo de AIDS. Fortaleza-CE, 2010

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1 - Fatores que influenciam os estágios do AIDS Risk Reduction Model (ARRM).

Quadro 1 – Situações de vulnerabilidade ao HIV dos doadores de sangue de acordo com as dimensões individual e social segundo o referencial de Ayres et al. (2003). Fortaleza-CE, 2010

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

ARRM - AIDS Risk Reduction Model

CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem

CREMERJ – Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro

DST – Doença Sexualmente Transmissível

HEMOCE - Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará –

HIV – Vírus da Imunodeficiência Adquirida

HTLV - Vírus T-linfotrópico humano

OAB – Ordem dos Advogados do Brasil

ONG's – Organizações não governamentais

PIBIC - Programa Institucional de Iniciação Científica e Tecnológica

PNDV - Programa Nacional de Doação Voluntária

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PRÓ-SANGUE - Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados

RDC - Resolução da Diretoria Colegiada

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

SUS - Sistema Único de Saúde

UFC - Universidade Federal do Ceará

UNE – União Nacional dos Estudantes

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	17
1.1	Imersão da pesquisadora na temática.....	17
1.2	Objeto de estudo e delimitação da problemática.....	18
1.3	Hipóteses e questões norteadoras do estudo.....	20
2	OBJETIVOS.....	23
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	24
3.1	Política Pública de Sangue no Brasil.....	24
3.2	Doação de sangue e fatores de risco para HIV/AIDS.....	29
3.3	A atuação do enfermeiro na promoção da saúde dos doadores de sangue.....	33
4	METODOLOGIA.....	36
4.1	Referencial Metodológico.....	36
4.1.1	Modelo de Redução do Risco da AIDS.....	36
4.1.2	Vulnerabilidade à infecção pelo HIV.....	39
4.2	Procedimentos e Técnicas.....	43
4.2.1	Natureza do estudo.....	43
4.2.2	Período e Local do estudo.....	43
4.2.3	População e Amostra.....	44
4.2.4	Coleta de dados.....	45
4.2.5	Organização e análise dos dados.....	47
4.2.6	Aspectos éticos e legais.....	47
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	48
5.1	Perfil dos doadores de sangue do Estado do Ceará.....	48
5.2	Conhecimento dos doadores de sangue relacionados à infecção ao HIV/AIDS.....	52
5.3	Intenção e comportamentos como fatores predisponentes a situação de risco para a doação de sangue.....	57

5.4	Adoção de estratégias para redução de comportamental sexual de risco entre doadores de sangue.....	61
5.5	Comportamento Sexual e Vulnerabilidades.....	65
5.5.1	Percepção dos doadores de sangue sobre Comportamento Sexual Seguro.....	65
5.5.2	Análise das situações de vulnerabilidade dos doadores de sangue.....	66
6	CONCLUSÕES.....	69
	REFERÊNCIAS.....	72
	APÊNDICES.....	81
	ANEXOS.....	89

1 INTRODUÇÃO

1.1 Imersão da pesquisadora na temática

Desde o ano de 2003, na graduação em Enfermagem, fui descobrindo o poder da educação em saúde como instrumento de mudança de comportamento na vida das pessoas. Descobri que o enfermeiro, como profissional de saúde, tem um papel importante ao viabilizar esta mudança, ao permitir a clientela engajar-se no seu autocuidado, responsabilizando-se pela promoção de sua saúde e bem-estar.

Tive a oportunidade de ser participante do Programa Institucional de Iniciação Científica e Tecnológica – PIBIC do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico - CNPq do Projeto AIDS: Educação e Prevenção, onde aprendi a exercitar o pensamento crítico e o conceito de que promover saúde depende da participação ativa da população bem informada no processo de mudança, enquanto que a educação para a saúde é uma ferramenta de vital importância neste processo.

Ao iniciar minha experiência profissional, como enfermeira, no Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará – HEMOCE e diante da vivência obtida durante a graduação com promoção e educação em saúde, certifiquei a importância da promoção da saúde dos doadores de sangue para uma melhor qualidade do sangue transfundido aos seus receptores.

No serviço de triagem clínica de doadores de sangue, como enfermeira, era responsável em avaliar se o candidato estava apto ou não para realizar sua doação sem causar qualquer prejuízo à sua saúde ou a saúde de quem receber um hemocomponente preparado a partir de sua doação. Durante as triagens clínicas, identifiquei comumente candidatos à doação de sangue relatarem comportamentos de risco ao HIV/AIDS e, conseqüentemente, não estarem aptos à doação sanguínea, porém os mesmos não percebiam esse risco. Ou seja, muitos candidatos à doação de sangue não tinham uma concepção de risco de DST/HIV/AIDS. Identifiquei, ainda, doadores de sangue omitirem situações de risco como, uso de drogas ou relações sexuais eventuais desprotegidas com o intuito de realizar a doação de sangue, e assim, conseguir resultados de exames sorológicos.

Portanto, diante desses fatos e com a experiência obtida durante a graduação com pesquisa em promoção/educação em saúde com enfoque em HIV/AIDS (BARBOSA, 2007; BARBOSA; PINHEIRO; VIEIRA, 2008), percebi a necessidade de realizar estudos para o desenvolvimento de estratégias para o fortalecimento de ações de educação em saúde voltadas para a atenção a saúde de doadores e receptores de sangue com enfoque em HIV/AIDS.

Diante desse interesse, realizei estudos bibliográficos sobre a temática, onde verifiquei poucos estudos nacionais de Enfermagem sobre o tema Hemoterapia, principalmente, com enfoque na promoção da saúde de doadores e receptores de sangue.

1.2 Objeto de estudo e delimitação da problemática

A descoberta da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), causada pelo vírus HIV em 1981, tornou-se um marco na história da humanidade. Aproximadamente 40 milhões de pessoas estão infectadas pelo vírus, das quais 95% vivem em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, sobretudo na África (UNAIDS, 2009). No Brasil, até junho de 2010, foram notificados 592.914 casos de AIDS entre 1980 e junho de 2010, com mais de 02 mil pessoas infectadas por transfusão sanguínea. Durante esses anos, 205.409 mortes sucederam em decorrência da patologia. Em relação ao HIV, a estimativa é de que existam 630 mil pessoas infectadas no Brasil (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA, 2010).

A grande maioria das transmissões deste vírus ocorre por via sexual, contudo a contaminação por transfusão sanguínea também é preocupante e tem ocasionado receio na população em relação à segurança nos serviços hemoterápicos (EUSTÁQUIO et al., 2009). O primeiro caso de contaminação pelo vírus HIV associado à transfusão de sangue foi registrado em 1981, e a confirmação de que ele poderia ser transmitido por esta via se deu em 1984. (PEREIRA; NASCIMENTO, 2004). No Brasil, o primeiro relato é de 1982, e outros casos envolvendo hemofílicos foram descritos na mesma década (HAMERSCHLAK; PASTERNAK; AMATO NETO, 1993). Somente a partir de 1985, o Brasil teve acesso aos testes sorológicos para detecção de anticorpos anti-HIV na triagem sorológica de doadores de sangue e, em 1989, a pesquisa deste anticorpo tornou-se obrigatória em todos os bancos de sangue do país (EUSTÁQUIO et al., 2009).

Dados estatísticos revelam que em torno de 57,7% dos casos de AIDS ocorrem na faixa etária de 20 a 39 anos, sendo que dentre estes 55,6% são homens que apresentam esta doença e 44,4% são mulheres (ABEP, 2010). Segundo um estudo realizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2004) sobre o perfil dos doadores de sangue do Brasil, a população doadora apresenta as mesmas características das pessoas que contraíram HIV/AIDS nos últimos anos. Ou seja, dentre os doadores de sangue, 62,39% são homens, 49,03% são solteiros e a faixa etária predominante (28,25%) é de 30 a 39 anos.

Kitayaporn et al. (1994) e Almeida Neto (2007) mostraram em seus estudos maior prevalência de HIV positivo em doadores jovens e do sexo masculino, justamente a população predominante entre os doadores brasileiros, em geral, e do Hemocentro do Estado do Ceará em particular.

A seleção dos doadores de sangue inicia-se pela triagem clínica, que pode ser realizada por profissional de saúde habilitado, porém no Estado do Ceará, essa atividade é realizada por enfermeiros, conforme Resolução COFEN nº. 306/2006 (BRASIL, 2006). A triagem clínica tem como objetivo avaliar se o candidato está apto à doação sanguínea, considerando seus antecedentes e seu atual estado de saúde, determinando se a coleta poderá ser realizada sem causar-lhe qualquer prejuízo e se a transfusão dos hemocomponentes preparados a partir desta doação causará quaisquer danos ao receptor. Nessa atividade é fundamental afastar pessoas sujeitas à maior exposição ao HIV/AIDS, como os indivíduos confinados em regime carcerário, usuários de drogas e com história de multiplicidade de parceiros sexuais, entre outros (EUSTÁQUIO et al., 2009). Além disso, o doador deve ser informado da importância da veracidade de suas respostas e de sua responsabilidade sobre cada uma delas (BRENER et al., 2008).

Aptos pela triagem clínica, os doadores são submetidos aos testes sorológicos. O Ministério da Saúde determina que, para cada doação efetivada, sejam realizados testes sorológicos para HIV; HTLV; Hepatite B e C; Doença de Chagas; Sífilis e Malária em áreas endêmicas. (BRASIL, 2004a)

Desde 1998 é obrigatória a realização de dois testes para pesquisa de anticorpos anti-HIV na triagem sorológica dos doadores. As triagens clínica e sorológica dos doadores diminuem consideravelmente a possibilidade de transmissão transfusional do vírus HIV. Contudo, considerando que os testes para triagem sorológica não apresentam 100% de sensibilidade, especialmente na fase de janela imunológica (período que varia de 02 a 03 semanas, podendo chegar a 06 meses), permanece um risco residual de transmissão que, de maneira geral, depende da prevalência da infecção na comunidade. Este fato foi comprovado a partir da descrição, em 1986, do primeiro caso de infecção pelo HIV em paciente que recebeu transfusão de sangue com sorologia negativa para o vírus. (FERNANDES, 2001).

Portanto, os doadores de sangue necessitam ter conhecimentos que os auxiliem na adoção de comportamentos de saúde seguro, o que é importante tanto para o doador como para o receptor, para que não prejudiquem a saúde de quem receber um hemocomponente preparado a partir de sua doação, pois quem necessita de uma transfusão está frente ao risco

de adquirir uma doença infecto contagiosa, se o doador de sangue estiver no período da janela imunológica.

Stigum et al. (2001), recomendam que durante o processo de triagem clínica, os triadores (que na maioria são profissionais enfermeiros) devem enfatizar sempre questões específicas, principalmente informações pertinentes a comportamentos de risco. Porém, dados de uma pesquisa do Ministério da Saúde apontam percentuais de não recebimento de informações/orientações, antes da doação de sangue, iguais a 27,3% dos doadores de sangue em todo o País (ANVISA, 2004). Em vista disso, Damesyn et al. (2003) destacam a importância de uma boa educação para os doadores, principalmente para quem omite a verdade durante o processo de triagem clínica, recomendando adoção de um processo contínuo através da utilização de posters, TV, rádio e internet.

De acordo com Beal (1999), nem sempre o doador está preparado para ser verdadeiro e honesto durante o processo de seleção, devido a uma variedade de razões. Além disso, o estudo refere que doadores com sorologia positiva não foram adequadamente esclarecidos ou não haviam entendido sobre comportamento de risco durante o processo de seleção. Lefrere et al. (1992), verificaram que 13% de 74 doadores em que foi encontrado o vírus HIV admitiram ter conhecimento de que a sua doação poderia trazer danos para os pacientes, e que apesar disso não se abstiveram da doação.

Almeida Neto (2007) relata que um número substancial de doadores de sangue infectados com HIV nega fatores de risco que deveriam ter gerado recusas durante o seu processo de seleção para a doação, ou seja, não relatam fatores de risco que os tornariam inaptos à doação de sangue para poder realizar os exames sorológicos, caso já observado pela autora no Hemocentro do Estado do Ceará, conforme citado anteriormente.

1.3 Hipóteses e questões norteadoras do estudo

Diante desses fatos, este estudo orienta-se pela seguinte questão: Qual a intenção dos doadores de sangue em adotar um comportamento sexual seguro?

Portanto, para responder a este questionamento foi elaborado e aplicado um instrumento a partir do Modelo de Redução de Risco da AIDS (AIDS Risk Reduction Model – ARRM) e da Vulnerabilidade à infecção pelo HIV/AIDS.

O Modelo de Redução de Risco da AIDS foi proposto por Catania, Kegeles e Coates (1990) e, dentre os modelos de comportamento em saúde, este fornece uma estrutura

que engloba vários fatores psicossociais e comportamentais associados ao risco de DST/AIDS. (DESSUNTI; REIS, 2007). O ARRM identifica três etapas que poderiam influenciar no risco de adquirir DST/AIDS:

1. Reconhecimento e rotulação dos próprios comportamentos sexuais como de risco;
2. Compromisso para reduzir comportamento sexuais de alto risco e aumentar atividades de baixo risco;
3. Procura a adoção de estratégias para reduzir comportamento sexual de alto risco.

Mann, Tarantola e Netter (1993) também preocupados com a prevenção da AIDS traçaram um modelo de avaliação da vulnerabilidade à contaminação pelo HIV/AIDS, que segundo os autores, comporta três dimensões: individual, social e programática.

O referido modelo relata o comportamento individual como determinante final da vulnerabilidade à infecção, o que justifica focalizar ações no indivíduo, embora isto não seja suficiente para o controle da infecção. Deste modo, é importante considerar outros fatores que podem influenciar tal controle no âmbito individual. Os autores propõem uma estrutura de análise do conceito, em relação ao comportamento individual: que se refere à auto-avaliação, através de perguntas, para se verificar o conhecimento, os comportamentos, o status social e o acesso à informação, avaliando-se, em cada um desses eixos, como pode ocorrer a transmissão da doença. Em relação à vulnerabilidade coletiva, se refere à avaliação da capacidade estrutural e funcional dos programas de controle da doença. E em relação à vulnerabilidade social, consiste na avaliação das realidades sociais. Finalmente, os autores propõem a aplicação de um sistema de avaliação, que classificam a vulnerabilidade como alta, média e baixa. Nessa perspectiva, enfatiza-se a necessidade de que os indivíduos se responsabilizem pela prevenção da doença.

As crenças das pessoas interferem fortemente nos modos de pensar, sentir e agir. Neste sentido, o estudo se justifica pela possibilidade de aprofundar a investigação sobre as crenças e atitudes de comportamento sexual seguro entre doadores de sangue, melhorando a eficácia da triagem clínica.

Acredita-se que o conhecimento produzido com esse estudo poderá contribuir para a definição de estratégias capazes de colaborar com a minimização dos riscos da transfusão ao promover a saúde dos doadores de sangue. Para alcançar esse estágio, as atividades de educação em saúde devem favorecer aos doadores de sangue oportunidades de pensar uma vida mais saudável.

Com base no descrito, este estudo se pauta nas seguintes hipóteses:

1. O doador de sangue se acredita como uma pessoa com uma intenção positiva de adoção de comportamento sexual seguro, portanto apto à doação;
2. Se o doador de sangue acredita na susceptibilidade ao HIV/AIDS, então demonstra intenção para um comportamento sexual seguro e acredita nos benefícios da prevenção, utilizando meios para essa ação.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar a intenção do comportamento sexual seguro entre doadores de sangue do Estado do Ceará.

2.2 Específicos

Analisar o conhecimento dos doadores de sangue relacionados à infecção ao HIV/AIDS;

Descrever os comportamentos sexuais dos doadores de sangue em relação ao risco de infecção pelo HIV/AIDS;

Identificar entre os doadores de sangue condições relacionadas à vulnerabilidade ao HIV/AIDS

Verificar a existência de associação entre as características dos doadores de sangue e conhecimento, comportamento e intenção do comportamento sexual seguro.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Política Pública de Sangue no Brasil

A terapia transfusional é um processo que mesmo com indicação precisa e administração correta, respeitando todas as normas técnicas preconizadas, envolve risco sanitário. A segurança e a qualidade do sangue e hemocomponentes devem ser asseguradas em todo o processo, desde a captação de doadores até a sua administração ao paciente. (RAZOUK; REICHE, 2004).

Ainda que os novos desenvolvimentos de tratamentos de saúde venham apresentando expressivos progressos, não se encontrou como substituir o sangue humano para fins terapêuticos. A administração de hemocomponentes tem sido sempre muito importante como suporte na realização de vários tratamentos clínicos, além de transplantes, quimioterapias e diversas cirurgias (RAZOUK; REICHE, 2004).

Para se obter segurança dos produtos sangüíneos a serem utilizados em transfusões, rígidos parâmetros de qualidade devem ser seguidos. Entende-se por segurança transfusional, o conjunto de medidas quantitativas e qualitativas adotadas que vise um menor risco aos doadores e receptores de sangue, além da garantia de estoques estratégicos de sangue capazes de atender à demanda transfusional (ÂNGULO, 2007). Daí a importância de se cumprir com eficiência o ciclo hemoterápico cujo processo se inicia com a captação e seleção de doadores, seguindo-se a triagem sorológica e imuno-hematológica, processamento e fracionamento das unidades coletadas, dispensação, transfusão e avaliação pós transfusional. A indicação adequada do uso do sangue e componentes, atendendo os preceitos da hemoterapia, vem propiciando uma maior otimização das unidades coletadas e redução quantitativa na exposição dos receptores (CHAMONE et al., 2001).

A prestação de serviços hemoterápicos é da responsabilidade da Hemorrede pública estadual e municipal (Hemocentros e suas unidades), complementada pela iniciativa privada (Serviços de Hemoterapia e Bancos de Sangue). A participação efetiva do Ministério da Saúde na formulação da política e da gestão da hemoterapia nacional deu-se a partir de 1980, com a criação do Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados (PRÓ-SANGUE), hoje na área de Sangue da ANVISA (BRASIL, 2008). A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº153 da ANVISA, de 14/06/2004, que normatiza no Brasil as atividades de hemoterapia, estabelece regras e procedimentos que devem ser conhecidos e seguidos por

todos os profissionais que trabalham com transfusões de sangue, inclusive pelos enfermeiros (BRASIL, 2004a).

No Brasil, a Hemorrede pública encontra-se concebida de forma hierárquica, equânime e descentralizada, sendo responsável por 60% das transfusões realizadas no país, ficando os procedimentos restantes a cargo da rede privada ou conveniada ao Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2008).

Porém, até o início da década de 80, o interesse financeiro predominava nas atividades hemoterápicas, fazendo com que a segurança transfusional não fosse um direito da população.

Essa década foi marcada pelo lançamento do plano governamental PRÓ-SANGUE (Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados) e pela participação de grupos profissionais, movimentos sociais, partidos políticos e organizações governamentais e não-governamentais que passaram a se envolver com a questão do sangue.

Desde o seu início, o debate político para a questão ressentiu-se da falta de uma base técnica sólida, uma vez que o setor desconhecia o seu próprio dimensionamento. A diversidade da hemoterapia, nos diversos estados brasileiros, era mais um problema, assim como era escassa e distante a troca de experiências e conhecimentos com as políticas já implantadas em muitos países do primeiro mundo (PIMENTEL, 2006)

Na área do sangue, o surgimento, no Brasil, da hemoterapia como uma questão de política pública e interesse social foi uma conseqüência das doenças transfusionais e sua ligação com a “doação” remunerada. As preocupações crescentes com as necessidades de captação, estocagem e distribuição de sangue despertaram a atenção dos especialistas.

Crescia, em diversos setores, o conhecimento de que a área de sangue operava sem ética, sem padrões profissionais e sem fiscalização. Segundo Castro Santos, Moraes e Coelho (1992, p. 109), “os altos índices de contaminação sangüínea – particularmente a ocorrência de Chagas Transfusional – constituíram uma das razões de contestação ao sistema de saúde na virada da década”.

O surgimento de uma nova doença, a AIDS, configurou um fato social de extrema ressonância no país, porque, praticamente, todos estavam expostos à contaminação via transfusional. O grande impacto provocado pela AIDS levou como conseqüência, a uma gradual polarização da opinião pública e dos movimentos sociais em torno das propostas de uma nova Política de Sangue. A eficácia de tais pressões foi uma característica singular do medo do sangue, que contrapunha à lógica de formulação de uma política de saúde. Nunca se

verificara, anteriormente, na longa trajetória de tentativa de uma reforma sanitária para o Brasil, um segmento com tamanha permeabilidade de política estatal às pressões da sociedade (PIMENTEL, 2006).

O problema do sangue acirrou e aprofundou o debate sobre o melhor modelo de política de saúde a ser implantado. A extensa pauta de discussões, levantada pela AIDS, fez crescer a necessidade de uma tomada de decisão definitiva.

A resposta do Governo, no plano das políticas públicas, foi lenta sendo, segundo Castro Santos, Moraes e Coelho. (1992, p. 111), “difícil apontar uma correlação linear entre a repercussão da AIDS como fato social e a reorganização da hemoterapia”.

A grande repercussão da crise do sangue veio a ocorrer no período das discussões sobre a Reforma Sanitária, principalmente, na Oitava Conferência Nacional de Saúde, e o que se viu foi que o controle do sangue passou a ser um dos pólos do debate sobre a estatização/privatização dos serviços de saúde, às vezes, sendo apontado como um exemplo das necessidades de reformulações das políticas públicas de saúde (ALMEIDA NETO, 2007).

Também ocorreu neste período outra característica do setor hemoterápico: alguns estados tomaram medidas de controle, independentemente. Nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo, algumas medidas foram tomadas como consequência das pressões da sociedade civil antes das normas técnicas editadas pelo Ministério da Saúde. No Rio de Janeiro, houve proibição da doação remunerada em 1985. No Estado de São Paulo, a obrigatoriedade do teste da AIDS foi implantada em 1986, através da Lei Estadual 5.190, um ano e meio antes da decisão federal, como exemplos (SÃO PAULO, 1986 apud PIMENTEL 2006).

Castro Santos, Moraes e Coelho (1992, p.112) relatam que “a luta pela proibição da comercialização do sangue, na Constituinte, é reveladora de que as forças se mobilizaram pela questão e das posições que assumiram”. No Estado do Ceará somente houve proibição da doação remunerada, após publicação da norma pelo Ministério da Saúde (GUERRA, 2005).

O que ocorreu no Brasil, no início da década de 80, foi o surgimento de um grande número de atores cujos pensamentos e ações levaram a um significativo debate, caracterizando a politização do sangue. Foram importantes os seguintes grupos: a Associação Brasileira Interdisciplinar da AIDS (ABIA), Associação Brasileira dos Hemofílicos, Associação Brasileira dos Talassêmicos, Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS (GAPA), Comitê Pacto de Sangue, Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ), Associação dos Médicos Sanitaristas de São Paulo, Sindicato dos Jornalistas de São Paulo, União Nacional dos Estudantes (UNE) e Ordem dos Advogados do Brasil (OAB),

bem como foi muito nítido o envolvimento do cidadão, representado nos vários segmentos que manifestavam a insatisfação da sociedade organizada com o descontrole da hemoterapia. (PIMENTEL, 2006).

Além dos debates, outros problemas vieram à tona na questão do sangue, na interface da prática hemoterápica que operava no Brasil. Um deles foi referente às bolsas plásticas, introduzidas para coleta de sangue de doadores que substituíram os recipientes que eram de vidro. Essas bolsas eram importadas a princípio, pela qualidade que apresentavam. Como não havia regulamentação para a sua fabricação, inúmeras fábricas de pequeno porte, sem controle passaram a funcionar. A falta de qualidade das bolsas, veio à tona, dando origem a denúncias, que somavam à crise já instalada. Um outro problema, que perdura até a atualidade e que foi levantado nesse período, refere-se à incapacidade de grande parte da classe médica em prescrever, ética e tecnicamente, a transfusão de sangue. Não havia um controle das prescrições que, associado à falta de conhecimento científico, permitiam um alto índice de transfusões mal indicadas. Esse problema, por mais paradoxal que fosse se ligava à dificuldade de obtenção de doadores de sangue.

Tornadas públicas todas essas questões, o que se via eram discussões por mudanças. Veiculadas pela mídia, ocorreram também pressões de organismos internacionais, como da Organização Mundial de Saúde e dos Médicos Sem Fronteiras, fortalecendo as iniciativas de associações brasileiras preocupadas com a qualidade do sangue.

O papel desempenhado pelo conjunto de instituições que representaram a população, promovendo e protagonizando eventos significativos, mostrou a forma como a questão do sangue estava sendo tratada no Brasil e evidenciou a politização da questão do sangue, correlacionada ao aparecimento da AIDS Transfusional. A politização culminava com a votação da saúde na Constituinte, quando o sangue conquistou espaço de discussão em separado.

Juntamente com o aparecimento de uma virose, de características ímpares na história da humanidade, nunca se discutiu tanto, como na década de 80, um tema que associa política estatal, sociedade e o sangue. A AIDS, depois de chegar no primeiro mundo e, logo em seguida, no Brasil, atraiu o interesse nacional sobre a qualidade do sangue e dos hemoderivados (PIMENTEL, 2006).

O debate político sobre o tema intensificou-se e polarizou-se, conseguindo afetar o debate sobre o papel das políticas públicas que surgiram na Assembléia Constituinte. O PRÓ-SANGUE foi o processo social e efetivo de intervenção estatal. Apesar de, no início,

não ser profunda e abrangente, a idéia foi se adequando a uma lógica, tornando-se uma chance da construção de uma organização hemoterápica gerida pelo Estado, a partir de um sistema único e organizado por princípios de máxima racionalidade técnica e social (CASTRO SANTOS; MORAES; COELHO, 1992, p. 144).

Planejar um sistema hemoterápico, através de um ciclo de sangue que ofereça um produto final dentro do mais alto conceito de segurança e qualidade, é o objetivo da Política Pública de Sangue no Brasil. A partir do PRÓ-SANGUE, emergem as primeiras sinalizações das centralizações através dos Hemocentros, que são unidades governamentais constituídas com o intuito de prestação de serviços de transfusão, com semelhanças ao modelo francês de política hemoterápica.

Os Hemocentros representam um progresso real na qualidade dos serviços hemoterápicos. Delineia-se, assim, um sistema dinâmico e abrangente. O gerenciamento ocorre por meio das Secretarias Estaduais de Saúde, seguindo normas técnicas em um primeiro documento, a Portaria Federal nº 721, de 9 de agosto de 1989 (CARNEIRO; LOPES, 2002). Esta foi a primeira Norma Técnica para ordenamento do processo hemoterápico brasileiro. Portanto, os Hemocentros colocaram em prática essa nova política de sangue. Foi preconizado a não comercialização do sangue pela Constituinte e uma nova fase desta política pública teria início no cenário brasileiro.

A importância da primeira norma técnica foi tão grande que, em pouco tempo, em 1993 (CARNEIRO; LOPES, 2002), foi revisada, ampliada, tornou-se mais abrangente, contando com os resultados da primeira edição; tanto acompanhava as evoluções técnicas que ocorreram na hemoterapia mundial, como dava respaldo à hemorrede.

Em 2001, a regulamentação de todos os procedimentos relativos à coleta, ao processamento, à estocagem, à distribuição e à aplicação do sangue, dentro de um ordenamento institucional, passou a vigorar. Por necessidade de atualização, uma nova Resolução é publicada em 2003 (BRASIL, 2004a), e outra em 2004 (BRASIL, 2004b) revogando as anteriores e reorganizando, mais uma vez, todas as práticas da política pública de hemoterapia brasileira. A evolução da Política Pública de Sangue, no Brasil, se consolidou, em quase todos os estados brasileiros.

O realinhamento da Política Nacional de Sangue torna-se necessário dentro da ética de adoção de novas tecnologias, de auto-suficiência, de adequações físicas, de gestão participativa, de capacitação de recursos humanos e, acima de tudo, de integração de suas

ações. Para tanto, as coordenações/gerências de sangue têm buscado, com esforço conjunto por meio de parcerias, um bem comum: sangue de qualidade.

Embora todo esse movimento tenha sido importante, os mecanismos adotados referem-se a processos e estruturas de qualidade do sangue, com pouca ênfase de rastreamento sobre os comportamentos dos doadores, particularmente, no que concerne a DST e HIV.

3.2 Doação de sangue e fatores de risco para HIV/AIDS

O surgimento da epidemia da AIDS se deu no início dos anos 80, representando desafios que ultrapassaram a medicina e atingiram o comportamento, a cultura e os costumes de toda a humanidade.

Desde o início, à medida que começou a detecção da doença em pacientes submetidos à transfusão de sangue e, com mais intensidade naqueles politransfundidos, todos os meios capazes de diminuir o risco transfusional tornaram-se prioridade (ALMEIDA NETO, 2007). Era o início de uma nova doença transfusional.

A descoberta do agente etiológico, um retrovírus, foi mais um passo nas pesquisas sobre a AIDS, assim como foi importante, em 1982, também na sua epidemiologia, a definição de que a sua transmissão ocorre através de relações sexuais e pela transfusão de sangue. O sistema hemoterápico brasileiro vigente, se viu ainda mais exposto, mesmo com a chegada, no mercado, em 1985, do primeiro teste sorológico de metodologia enzimática para diagnóstico da doença. (PEREIRA; NASCIMENTO, 2004)

Com relação à descoberta da AIDS na Hemoterapia, Carvalho (1991, p. 30) afirma que: “[...] a epidemia de Aids foi a cruz e o calvário da Hemoterapia, mas está sendo também a sua redenção. Mudou a percepção dos leigos e dos médicos não especialistas para os riscos que apresenta.”

A atenção para o impacto da AIDS Transfusional ocorreu mundialmente, trazendo a participação, também, da sociedade civil na formulação de políticas públicas de saúde e de sangue. As diferenças, entretanto, eram muitas, pois, nos países do primeiro mundo, a hemoterapia era mais adiantada tecnicamente, além do fato de haver a participação de outros segmentos, como cientistas sociais, nos programas de doação (CASTRO SANTOS; MORAES; COELHO, 1992).

Porém, após a introdução da Política de Sangue, na década de 80, que proibia a doação remunerada e a comercialização do sangue, entre outros vários itens, mudou a hemoterapia brasileira. (SARAIVA, 2005) Com o lançamento pelo Ministério da Saúde do Programa Nacional de Doação Voluntária - PNDV (BRASIL, 2002a), este, logo foi implantado na hemorrede pública. Houve uma diminuição lenta da falta de sangue, e as políticas nos Estados têm sido bem conduzidas e planejadas e os resultados estão sendo promissores.

No Brasil, os primeiros casos de AIDS registrados foram diagnosticados em 1982. Até 1985, a maior parte deles (89%) se concentrava nos grandes centros urbanos, e como nos países industrializados, atingia predominantemente homossexuais e bissexuais masculinos (74%); a transfusão, como categoria de exposição, também era significativa e representava 4,7% dos casos (ALMEIDA NETO, 2007).

Somente em 1988, o Ministério da Saúde determinou a realização de teste sorológico para detecção de anticorpos anti-HIV em todas as doações de sangue. Outras medidas, como a proibição da comercialização do sangue em 1988 e a recusa de doadores com comportamento de risco em 1989, também foram adotadas. Assim, esperava-se, a partir dessa época, que ocorresse também uma queda do número de casos de AIDS associados à transfusão, o que realmente aconteceu. Mesmo assim, o risco residual de transmissão do HIV através de transfusão mostrou-se alto (ALMEIDA NETO, 2007).

Para se obter segurança dos produtos sangüíneos a serem utilizados em transfusões, rígidos parâmetros de qualidade devem ser seguidos. Por isso, a importância de se cumprir com eficiência o ciclo hemoterápico cujo processo se inicia com a captação e seleção de doadores, seguindo-se a triagem sorológica e imuno-hematológica, processamento e fracionamento das unidades coletadas, dispensação, transfusão e avaliação pós transfusional. A indicação adequada do uso do sangue e componentes, atendendo os preceitos da hemoterapia, vem propiciando uma maior otimização das unidades coletadas e redução quantitativa na exposição dos receptores (CHAMONE et al, 2001).

Segundo a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem n° 306/2006, o enfermeiro tem como competência e atribuição as atividades de: “planejamento, execução, coordenação, supervisão e avaliação dos procedimentos hemoterápicos e de enfermagem nas unidades, visando assegurar a qualidade do sangue e hemocomponentes/hemoderivados coletados e transfundidos” (BRASIL, 2006).

Como profissional de saúde no serviço de hemoterapia, o enfermeiro avalia e orienta o doador de sangue durante a triagem clínica; presta assistência e supervisiona nas possíveis intercorrências durante a doação; orienta na entrega de resultados de exames sorológicos; elabora prescrição de enfermagem necessária nas etapas do processo hemoterápico, que compreende: avaliar e realizar a evolução do doador e do receptor junto à equipe multiprofissional; executar e/ou supervisionar a administração e monitoração da infusão de hemocomponentes e hemoderivados; detectar as eventuais reações adversas; registrar informações e dados estatísticos pertinentes ao doador e receptor; participar de programas de captação de doadores; desenvolver e participar de pesquisas relacionadas à hemoterapia e à hematologia (FERREIRA et al., 2007).

Portanto, a participação do enfermeiro, em todas as fases do processo, desde a captação do doador até a transfusão do sangue, contribui para a garantia da segurança transfusional, proporcionando aos doadores e receptores de sangue, componentes e derivados, produtos com qualidade sem que ofereçam riscos à saúde dos mesmos em decorrência das doenças passíveis de serem transmitidas pelo sangue.

Dados do Ministério da Saúde (ANVISA, 2004) apontam percentuais de não-recebimento de informação/orientação (escrita ou dialogada) antes da doação de sangue iguais a 27,3% para o País, e 25.1% para a região Nordeste. Essa falta de informações pode contribuir para a doação de sangue realizada com o intuito de testagem sorológica, já que muitos doadores não recebem esclarecimentos sobre o risco de infecção pelo HIV/AIDS na doação de sangue. Spano (2004) relata que doadores com menor grau de instrução apresentam maior dificuldade de entendimento do material informativo e que isto pode acarretar falha na identificação de possíveis situações de risco à infecção pelo HIV/AIDS.

Em relação ao contágio de alguma doença devido à transfusão, 83,54% dos doadores afirmaram que é possível contrair alguma doença, e destas 53,81% disseram que a doença que pode ser contraída é a AIDS (ANVISA, 2004).

Uma pesquisa realizada no Hemocentro de Ribeirão Preto (SPANO, 2004) mostrou que ocorre uma tendência positiva nos percentuais de entendimento do comportamento de risco para AIDS à medida que aumentou o nível de instrução, passando de um mínimo de 68%, entre o que tem menos de 04 anos de escolaridade a 100% de entendimento naqueles com acesso a ensino superior.

Um conceito que devemos relatar em relação ao agravo da saúde, além dos citados como riscos à saúde, refere-se ao conceito de vulnerabilidade que vem sendo muito

utilizado nas situações de perigo à saúde. A vulnerabilidade do indivíduo a um determinado agravo é determinada por uma série de fatores, pessoais, sociais, culturais e econômicos. (SEFFNER, 2008). Assim, quando o doador compreender-se nas situações de vulnerabilidade poderá adotar práticas pessoais de cuidado e por extensão assegurar ao receptor menor risco ou sua total ausência na decisão de doar sangue.

O binômio doador-doação, embora careça de pesquisas sociais e de estudos no Brasil e, principalmente, de cientistas dedicados ao tema, lenta e gradativamente se consolida como uma prática voluntária e altruísta, como um compromisso de cidadania e, portanto, social, que permitiu a consolidação da hemorrede pública no Brasil (ÂNGULO, 2007).

A sedimentação da responsabilidade social, de maneira consciente, promoveu inúmeros pontos positivos e benefícios a toda à comunidade. As doenças transfusionais, como a AIDS, poderão se tornar controladas sorologicamente, através da melhoria de prevenção e diagnóstico. Porém com o aumento cada vez da infecção HIV/AIDS, o surgimento de novos vírus; novos desafios para a prática da hemotransfusão surgirão. Portanto, a busca da segurança transfusional através da prevenção e promoção da saúde dos doadores, sempre estará presente para benefícios dos receptores.

É nesse contexto que situamos a Educação em Saúde como uma atividade necessária para o doador e que deve ser integrada aos procedimentos de enfermagem antes dos procedimentos da doação e o alcance de uma melhor qualidade do sangue para a população.

A Educação em Saúde visa promover a saúde através da consciência crítica das pessoas, gerando no seu sentido mais profundo uma mudança social. Não há dúvida que educação e promoção em saúde encontram-se intimamente vinculadas e fundam a qualidade de vida no cotidiano das pessoas. (BARROSO; VIEIRA; VARELA, 2003).

As práticas de educação em saúde devem ter objetivos mais amplos e não se destinar apenas a prevenir doenças, mas preparar o indivíduo a lutar por uma vida mais saudável, formando uma consciência crítica para tomar uma decisão pessoal com responsabilidade social (OLIVEIRA, 2005).

Intervenções através da Educação em Saúde que tenham como objetivo aproximá-los do conhecimento, reduzindo os riscos a que estão expostos, contribuem na formação de cidadãos, capazes de decidir e de se responsabilizarem por suas escolhas com relação à doação sanguínea, aumentando, assim, a segurança transfusional para a população.

O cuidado de enfermagem com enfoque na promoção/educação em saúde do doador de sangue em ambulatório de triagem clínica e do receptor de sangue no ambulatório

de transfusão, no nível de atenção secundária, contempla as novas propostas de reorientação de serviços e habilidades profissionais advogadas nas conferências internacionais de promoção da saúde, ao mesmo tempo em que adota um conceito ampliado de atenção à saúde que transcende os procedimentos clínicos normativos de inspeção do doador. As ações de promoção da saúde em ambientes de nível secundário e terciário têm sido direcionadas em documentos como Declaração de Budapest que relata medidas para a promoção da saúde em ambiente hospitalar (NAIDOO; WILLS, 2000).

3.3 A atuação do Enfermeiro na promoção da saúde dos doadores de sangue

Com o objetivo de delimitar o objeto de estudo desta pesquisa e avaliar as publicações científicas que envolvessem a atuação do enfermeiro na questão do sangue focada nos doadores de sangue, realizou-se uma pesquisa bibliográfica.

A partir das palavras-chave “Nursing” e “Blood Donor” na base de dados Pubmed/Medline e “Enfermagem” e “Doador/Doação de Sangue” nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO), realizou-se uma vasta exploração da literatura nacional e internacional. Além disso, se teve como critério de seleção o idioma dos estudos, que deveriam ser nas línguas inglesa, portuguesa ou espanhola, o ano de publicação, que deveriam ser dos últimos 05 anos e disponibilidade do resumo na rede mundial de computadores.

A partir destes critérios iniciais, obteve-se 68 estudos na base de dados Pubmed/Medline, 01 estudo na Lilacs, 01 estudo no Scielo e 01 estudo no Bdenf, totalizando 71 estudos que prosseguiram para a próxima fase.

Com o total de 71 referências coletadas, passou-se a fase de triagem das referências quanto à relevância para esta pesquisa bibliográfica através da leitura dos resumos, buscando aqueles que respondessem ao interesse de estudo. Logo, escolheu-se, dentre o total dos encontrados, aqueles que seguiram estes critérios de seleção: que o trabalho fosse relacionado à doação de sangue e que o trabalho envolvesse a atuação do enfermeiro.

A partir destes critérios de inclusão, obteve-se 21 estudos na base de dados Pubmed/Medline, 01 estudo na Lilacs, 01 estudo no Scielo e 01 estudo na base de dados Bdenf. Porém, 01 estudo repetiu-se na Lilacs, Scielo e Bdenf. Logo, contabilizou-se 22 estudos diferentes para serem estudados e detalhados nesta pesquisa bibliográfica.

Seguindo o instrumento de coleta com dados sistematizados, organizou-se e analisou-se as características dos estudos selecionados.

Primeiramente, enfocando os periódicos nos quais foram publicados os 22 estudos selecionados, verificou-se que a maioria (51,5%) é publicada no periódico *Transfusion*, por este trabalhar com estudos específicos da área de hematologia e hemoterapia. Sobre as áreas de conhecimento dos periódicos, percebeu-se que somente 02 encontravam-se na Enfermagem e 20 em áreas multiprofissionais. Demonstrando que, mesmo sendo uma seleção sobre estudos especificamente sobre enfermagem, 90,9% dos estudos encontravam-se em outras áreas de conhecimento.

Quanto aos países de origem dos estudos, houve uma diversificação de países com publicação no âmbito da Enfermagem com enfoque na doação de sangue que atenderam as expectativas deste estudo, totalizando 08 países. Outro aspecto importante de ser descrito é que 13,5% dos estudos selecionados não indicavam sua nacionalidade, impossibilitando sua classificação.

Seguindo a classificação do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) acerca do índice de desenvolvimento humano, esta pesquisa bibliográfica aponta que 90,2% dos estudos selecionados encontram-se em países ditos desenvolvidos e que 02 estudos não se incluíam nesta lista, por ter sido publicado no Brasil (PNUD, 2009). Esse dado revela o quanto às ações da enfermagem na questão do sangue são valorizadas em países ricos.

Quanto ao ano de publicação dos estudos selecionados, percebeu-se que a partir de 2004 até 2009, o número de publicação manteve-se uma média regular de estudos publicados.

Sobre os temas abordados nos estudos, procurou-se agrupar em temas para possibilitar uma visão geral. Os temas foram muito diversificados, demonstrando a riqueza de assuntos que podem ser trabalhados e investigados na área de hemoterapia pelos enfermeiros. Porém, tivemos como enfoque neste estudo, dentro da área de hemoterapia, a doação de sangue. Percebeu-se que os estudos envolveram, principalmente, dois grandes temas: a problemática do recrutamento e fidelização de doadores de sangue (ADAMS; ERWIN; LE, 2009; GERMAIN et al., 2007; GODIN et al., 2008; GONCALEZ et al., 2008; BELDA et al., 2004) e a problemática das sorologias positivas encontradas entre candidatos à doação de sangue (FARRELL et al., 2002; CHAN et al., 2007; JOHNSON; HOLMAN; SPEGHT, 2005). Mesmo sendo na sua maioria, produzidos em países desenvolvidos, essas

problemáticas assemelham-se bastante com a realidade brasileira. Temas que envolviam infecção por doenças como HIV/AIDS, Chagas, malária e HTLV foram bastante explorados.

Para possibilitar uma visão geral dos trabalhos, também se caracterizou os estudos de acordo com seus objetivos e delineamentos metodológicos utilizados. Sobre os objetivos, percebeu-se que 79,2% dos estudos selecionados visavam investigar problemáticas na área de hemoterapia, como por exemplo, a dificuldade encontrada por enfermeiros na área de hemoterapia, 15,3% visavam relatar ações/experiências, como estratégias utilizadas para captação de doadores e 5,5% buscavam avaliar suas intervenções, como, ações para fidelização de doadores de sangue. Sobre o delineamento metodológico, as variações também foram grandes, nas quais 88,5% foram pesquisas de campo e 11,5% tratavam-se de pesquisas bibliográficas. Estas descrições traçaram um perfil geral sobre os objetivos e métodos das pesquisas, porém, apresentam suas limitações, já que, devido à restrição de periódicos, só foram analisados através dos resumos.

As publicações selecionadas para esta pesquisa bibliográfica apresentam ainda uma diversidade de experiências que contribuem com a enfermagem na atuação com o sangue e seus componentes. Este estudo teve como enfoque a doação de sangue, porém existem inúmeras ações e experiências de enfermagem em outras áreas dentro da hemoterapia publicadas em periódicos nacionais e internacionais.

Porém, nesta base de dados não foi encontrado nenhum estudo que abordasse o tema sobre comportamento do doador ou intenção de comportamento seguro para a prevenção do HIV/AIDS, que é o objeto de estudo desta pesquisa.

Um estudo brasileiro, dentre os selecionados para esta pesquisa, reflete sobre a publicação em enfermagem no mundo que vem tornando-se crescente, porém, no Brasil a pesquisa em enfermagem hematológica e sua divulgação ainda são incipientes e tem demonstrado uma evolução lenta e gradual (ARAÚJO; BRANDÃO; LETA, 2007).

Portanto, este levantamento na base de dados fornece subsídios para a fundamentação dos estudos em Enfermagem na área de Sangue e Hemoderivados e apresenta resultados que evidenciam a necessidade dos Enfermeiros brasileiros estarem valorizando suas ações na área de hemoterapia e ainda produzindo conhecimento científico na área. Esta pesquisa colaborou também ao apresentar a relevância que estudos acerca das ações do enfermeiro na saúde dos doadores terão para a qualidade do sangue produzido, bem como a diversidade de temas que podem ser produzidos na área.

4 METODOLOGIA

Para melhor apresentação da metodologia, dividiu-se este capítulo em dois subitens: no primeiro, apresenta-se o Referencial Teórico-Metodológico apoiado na teoria do Modelo de Redução do Risco da AIDS (AIDS Risk Reduction Model – ARRM) que subsidiou a construção do questionário e na Análise da Vulnerabilidade à infecção pelo HIV (MANN; TARANTOLA; NETTER, 1993); e no segundo subitem, descrevem-se os procedimentos metodológicos utilizada para a execução deste estudo.

4.1 Referencial teórico-metodológico

4.1.1 Modelo de Redução do Risco da AIDS

Catania, Kegeles e Coates (1990) propuseram um Modelo de Redução de Risco da AIDS (AIDS Risk Reduction Model - ARRM) que fornece uma estrutura para explicar e prever os esforços da mudança do comportamento de indivíduos especificamente no relacionado à transmissão do HIV/AIDS. O ARRM incorpora diversas variáveis de outras teorias de mudança do comportamento, incluindo Modelo de Crenças em Saúde (Health Belief Model), Teoria do Aprendizado Social (Social Learning Theory), Teoria da eficácia, influências emocionais e processos interpessoais (DENISON, 2004; SANCHES, 1999).

Esse modelo se caracteriza pelo empenho pessoal para a mudança de comportamentos sexuais de risco relacionados à transmissão do HIV. O ARRM constrói o processo de mudança de comportamento em três estágios:

1. Reconhecer e rotular como problemático o comportamento de alto risco em relação à transmissão do HIV;
2. Ter compromisso de mudar o comportamento de alto risco;
3. Desenvolver e pôr em vigor estratégias direcionadas à redução de atividades de alto risco.

O estágio 1, onde a noção de susceptibilidade do Modelo de Crenças em Saúde foi incorporada, tem como hipótese o fato de que a percepção de risco é uma pré-condição fundamental para a mudança de comportamento. A percepção de risco produziria uma motivação para a mudança. O reconhecimento da AIDS como uma doença indesejável, e o conhecimento dos fatores relacionados à transmissão do HIV já estão estabelecidos na população em geral.

São influências relacionadas ao estágio 1 do Modelo de Redução de Risco da AIDS (ARRM):

- Ter conhecimento de atividades sexuais associadas com a transmissão do HIV;
- Acreditar que é uma pessoa suscetível a contrair o HIV;
- Acreditar que contrair AIDS é indesejável;
- Ter influências de normas e redes sociais.

O estágio 2 baseia-se na Teoria Social do Aprendizado (Social Learning Theory). A tomada de decisão e o compromisso em mudar o comportamento de alto risco estão relacionados tanto à ponderação entre custo e benefício do uso dos preservativos (CATANIA et al., 1992; MACDONALD et al., 1990), quanto à confiança na eficácia pessoal (CATANIA et al., 1989; CATANIA et al., 1992). A pessoa tem um compromisso para reduzir contatos sexuais de alto risco e para aumentar atividades de baixo-risco.

São influências relacionadas ao estágio 2 do Modelo de Redução de Risco da AIDS (ARRM):

- Custo e benefício;
- Prazer (por exemplo, as mudanças afetam meu prazer no sexo?);
- Resposta eficaz (por exemplo, as mudanças reduzirão com sucesso meu risco de infecção pelo HIV?);
- Auto-eficácia;
- Conhecimento dos benefícios na saúde e do prazer na prática sexual, assim como fatores sociais (normas sociais e suporte social), são crenças que influenciam o indivíduo.

O estágio 3 é a procura de soluções para pôr em ação o novo comportamento. Como referenciado por Catania et al. (1990), as resoluções em relação ao sexo seguro são complexas pela natureza social do comportamento sexual e pela necessidade de cooperação do parceiro nessa ação. Sendo assim, apesar de um indivíduo perceber-se sob risco para a infecção pelo HIV e ter compromisso com as práticas de sexo seguro, necessitará negociar essas práticas com o seu parceiro, que pode não compartilhar das mesmas percepções e compromissos.

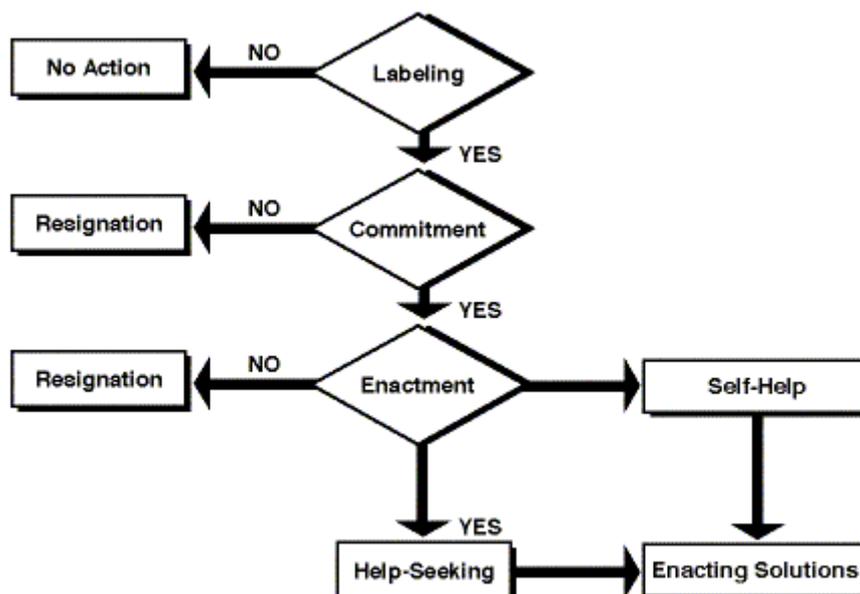
Esse estágio de tomada de ação pode ser dividido em três fases: 1) procura da informação; 2) obtêm meios para ação; 3) atuar/executar as soluções. Dependendo do indivíduo, as fases podem ocorrer simultaneamente ou podem ser alternadas.

São influências relacionadas ao estágio 3 do Modelo de Redução de Risco da AIDS (ARRM):

- Redes sociais e escolhas para resolução de problema (auto-ajuda; ajuda formal ou informal);
- Experiências prévias de problemas e soluções;
- Grau de autoestima;
- Recursos requeridos para adquirir ajuda;
- Habilidade de comunicar-se verbalmente com o parceiro (a) sexual;
- Crenças e comportamentos do parceiro (a) sexual.

Além dos estágios e as influências relatados acima, os autores do ARRM (CATANIA et al., 1990) identificaram outros fatores internos e externos que podem motivar o comportamento individual através dos estágios (Figura 1). Os estados emocionais como, os altos níveis de aflição sobre HIV/AIDS ou uso de álcool e droga podem facilitar ou impedir a rotulagem de comportamentos. Motivadores externos tais como campanhas de educação, uma imagem de uma pessoa que morre com AIDS, ou grupos de apoio informais, podem fazer com que pessoas mudem potencialmente suas atividades sexuais.

Figura1: Fatores que influenciam os estágios do Modelo de Redução do Risco da AIDS.



Fonte: Catania, Kegeles e Coates (1990).

Vários estudos já foram realizados, em diferentes países, utilizando o ARRM. Verificaram comportamentos relacionado à transmissão do HIV/AIDS em populações atendidas em clínicas de testagem sorológica para HIV (MINGA et al., 2009), pessoas que vivem com HIV (KALICHMAN et al., 2001), homossexuais (CATANIA et al., 1990), mulheres jovens (SANCHES, 1999), estudantes da área da saúde (DESUNTI; REIS, 2007), usuários de drogas (EMPELEN et al., 2003; BRECHT et al., 2009), entre outros.

4.1.2 Vulnerabilidade à infecção pelo HIV

O conceito de vulnerabilidade vem sendo utilizado desde o início dos anos 90 na reflexão e elaboração de ações preventivas em HIV/AIDS. Este conceito aponta para um conjunto de fatores que amplia ou reduz as possibilidades de uma pessoa se infectar com o vírus. Nessa perspectiva, os comportamentos individuais de maior ou menor exposição ao risco são considerados em relação a um conjunto mais amplo de determinantes, que devem ser contemplados no planejamento das intervenções preventivas.

Mann, Tarantola e Netter (1992) desenvolveram uma estrutura conceitual para avaliar criticamente a vulnerabilidade à infecção pelo HIV. Ayres et al. (2003) resumem a conceituação de vulnerabilidade ao HIV/AIDS, definindo-a como:

o esforço de produção e difusão de conhecimento, debate e ação sobre os diferentes graus e naturezas da suscetibilidade de indivíduos e coletividades à infecção, adoecimento ou morte pelo HIV/AIDS, segundo a particularidade de sua situação quanto ao conjunto integrado dos aspectos sociais (ou contextuais), pragmáticos (ou institucionais) e individuais (ou comportamentais) que os põem em relação com o problema e com os recursos para seu enfrentamento.

A análise da vulnerabilidade à infecção pelo HIV desenvolvida por Mann, Tarantola e Netter (1992) abordam três dimensões: a vulnerabilidade individual e coletiva (social e a programática).

Para Mann e Tarantola (1996), a vulnerabilidade individual envolve tanto a dimensão cognitiva quanto a comportamental. Fatores cognitivos estão relacionados ao acesso às informações necessárias sobre HIV/AIDS, sexualidade, e à rede de serviços, para a redução da vulnerabilidade à infecção pelo HIV. Os fatores comportamentais podem ser analisados dentro de duas categorias: 1) características pessoais, o que incluem desenvolvimento emocional, percepção de risco e atitudes em relação a esse possível risco; e 2) habilidades

peçoais, como a habilidade de negociar práticas de sexo seguro e o uso correto do preservativo.

O conceito de vulnerabilidade social é construído a partir da premissa de que os fatores sociais têm uma forte influência tanto na vulnerabilidade pessoal quanto na programática. A análise da vulnerabilidade reconhece que grandes temas contextuais, como estrutura governamental, relações de gênero, atitudes em relação à sexualidade, crenças religiosas e pobreza, influenciam a capacidade de reduzir a vulnerabilidade pessoal ao HIV, tanto diretamente quanto mediada através dos programas. A vulnerabilidade social inclui tanto a vulnerabilidade à doença, quanto a vulnerabilidade ao impacto socioeconômico provocado pela AIDS.

A vulnerabilidade programática diz respeito às contribuições dos programas de HIV/Aids na redução da vulnerabilidade pessoal e social. A vulnerabilidade programática é definida através dos três principais elementos de prevenção identificados pela OMS: 1) informação e educação; 2) serviços sociais e de saúde; 3) não discriminação das pessoas portadoras de HIV/AIDS. Os esforços para diminuir a vulnerabilidade programática envolvem principalmente a viabilidade e acessibilidade a esses três componentes, sua qualidade e conteúdo, e o processo através do qual esses elementos são planejados, implementados e avaliados (MANN; TARANTOLA, 1996).

Ao nível biológico, praticamente todos são susceptíveis à infecção pelo HIV, se expostos ao vírus através do contato sexual ou através do sangue. O comportamento individual é um determinante da vulnerabilidade à infecção. Esse componente individual é mutável, variando durante as diversas fases da vida do indivíduo. Além disso, sofre uma grande influência de fatores sociais (família, amigos, parceiro, comunidade e a realidade sócio-cultural) (MANN; TARANTOLA, 1996).

No Brasil, Ayres aponta que o modelo de vulnerabilidade está adaptado por três planos interdependentes de determinação e, conseqüentemente, de apreensão da maior ou da menor vulnerabilidade do indivíduo e da coletividade. O autor busca a compreensão da vulnerabilidade individual, do contexto social ou vulnerabilidade social e do programa de combate à doença ou vulnerabilidade programática. Essa abordagem pode ampliar a atuação em saúde e gerar reflexões que podem ser úteis para continuar no caminho da formulação de políticas de saúde a partir das necessidades da coletividade, tendo em vista que propõe uma estrutura interpretativa que busca articular o indivíduo, num determinado contexto social, regido por certas políticas sociais e de saúde (AYRES, 1999).

O significado do termo vulnerabilidade, nesse caso, refere-se à chance de exposição das pessoas ao adoecimento como resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também que se referem ao coletivo, ao contexto, ao social, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, à maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para a proteção das pessoas contra as enfermidades (MANN; TARANTOLA; NETTER, 1993).

Nessa perspectiva, Ayres propõe a sua operacionalização através da: Vulnerabilidade Individual: que se refere ao grau e à qualidade da informação de que os indivíduos dispõem sobre os problemas de saúde, sua elaboração e aplicação na prática; a Vulnerabilidade Social: que avalia a obtenção das informações, o acesso aos meios de comunicação, à disponibilidade de recursos cognitivos e materiais, o poder de participar nas decisões políticas e nas instituições; e, a Vulnerabilidade Programática, que se constitui na avaliação dos programas para responder ao controle de enfermidades, além do grau e qualidade de compromisso das instituições, dos recursos, da gerência e do monitoramento dos programas nos diferentes níveis de atenção (AYRES, 1999).

A vulnerabilidade individual está relacionada ao acesso à informação e à rede de serviços e às influências sociais que ampliam ou reduzem a decisão e o comportamento pessoal. Os componentes da vulnerabilidade individual que têm sido pontuados por estudiosos do tema são, fundamentalmente, de ordem cognitiva (quantidade e qualidade de informação de que os indivíduos dispõem e capacidade de elaborá-la) e de ordem comportamental (capacidade, habilidade e interesse para transformar essas preocupações em atitudes e ações protegidas e protetoras) (AYRES et al., 2003). Portanto, no plano individual, considera-se que a vulnerabilidade a algum agravo está relacionada, basicamente, aos comportamentos que criam oportunidades para que as pessoas venham a contrair doenças.

O componente social da vulnerabilidade envolve o acesso às informações, as possibilidades de incorporá-las a mudanças práticas na vida cotidiana, condições estas diretamente associadas ao acesso a recursos materiais, a instituições sociais como escola e serviços de saúde, ao poder de influenciar decisões políticas, à possibilidade de enfrentar barreiras culturais e de estar livre de coerções violentas de todas as ordens, dentre outras, que precisam então ser incorporadas às análises de vulnerabilidade e aos projetos educativos às quais elas dão sustentação (AYRES et al., 2003).

O componente institucional ou programático da vulnerabilidade conecta os componentes individuais e sociais. Envolve o grau e a qualidade de compromisso, recursos,

gerência e monitoramento de programas nacionais, regionais ou locais de prevenção e cuidado, os quais são importantes para identificar necessidades, canalizar os recursos sociais existentes e aperfeiçoar seu uso. O componente programático nos orienta a situar as dimensões educativas para além do caráter normativo e centrado no objeto, levando-nos a articular as intervenções em saúde e as ações programáticas e, principalmente, a repensar o cuidado em saúde enquanto encontro de sujeitos. Nesse encontro de sujeitos é extremamente importante levar em consideração elementos abstratos associados aos processos de adoecimento, articulando “a copresença, a mutualidade, a interferência, a relatividade, a inconstância, o não unívoco, o não permanente, o próprio a certas totalidades circunscritas no tempo e no espaço” (AYRES et al., 2003 p. 127). Articulados entre si, os três componentes constitutivos de uma abordagem apoiada no quadro conceitual da vulnerabilidade priorizam análises e intervenções multidimensionais, que consideram que as pessoas não são, em si, vulneráveis, mas podem estar vulneráveis a alguns agravos e não a outros, sob determinadas condições, em diferentes momentos de suas vidas (MEYER et al., 2006).

Nesse trabalho será privilegiado a dimensão individual, com algumas referências à vulnerabilidade social. Pelo exposto, esse trabalho pretende fazer um exercício de aplicação da noção de vulnerabilidade, em especial a dimensão individual, para possibilitar a compreensão das práticas sexuais e preventivas entre doadores de sangue, privilegiando a prevenção do HIV/Aids.

Análise Segundo o Conceito de Vulnerabilidade

De acordo com a abordagem privilegiada, a análise se processará respondendo aos objetivos e de acordo com a seguinte grade de orientação:

1. Vulnerabilidade Social: Caracterização dos doadores de sangue segundo aspectos sócio-demográficos. Foram consideradas as seguintes variáveis: idade, sexo, escolaridade, local de residência, situação conjugal, renda mensal, religião e acesso à informação.
2. Vulnerabilidade Individual: Identificar variáveis relacionadas ao cenário cultural, relacionando as práticas sexuais e preventivas do grupo sob estudo. A análise das variáveis que respondem a esse objetivo envolvem quatro itens:
 - 2.1 Identificação das fontes de informações, conhecimentos sobre HIV/Aids, atitudes e práticas sexuais.
 - a) Fontes de Informações e esclarecimento.
 - b) Conhecimento sobre Aids: conhecimentos sobre as formas de transmissão.

c) Práticas Sexuais: experiência sexual; idade da primeira relação sexual; tipo de práticas sexuais; caracterização das parcerias sexuais (número de parceiros e sexo) e condições da interação sexual.

2.2 Auto-avaliação: Risco e práticas preventivas relativas à transmissão do HIV.

a) Percepção de risco: fatores facilitadores e obstáculos à transmissão do HIV.

b) Práticas preventivas: Conhecimento e percepção em relação a sexo seguro: frequência e uso consistente do preservativo; motivos para o não-uso; e formas de acesso aos preservativos.

2.3 Reconhecer o cenário interpessoal através das análises sobre situações que facilitem ou problematizem as práticas preventivas.

3. Através da análise por componentes principais, buscou-se correlacionar as variáveis sobre Conhecimentos, Práticas sexuais e preventivas em relação ao HIV/Aids, com o objetivo construir uma tipologia de vulnerabilidade para a amostra sob estudo.

4.2 Procedimentos e técnicas

4.2.1 Natureza do estudo

Trata-se de um estudo transversal, do tipo exploratório. Segundo sua dimensão temporal, terá um delineamento transversal, por ter seus dados coletados em um determinado ponto no tempo. Com base nos objetivos, esta pesquisa foi exploratória por investigar a natureza complexa do objeto de estudo e os fatores com os quais ele está relacionado (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

4.2.2 Período e Local do estudo

O estudo foi realizado no período de janeiro a dezembro de 2010. A elaboração deste projeto iniciou-se no 1º semestre de 2009, quando começaram as disciplinas do Programa de Pós-graduação em Enfermagem no nível mestrado da Universidade Federal do Ceará (UFC), propiciando o seu direcionamento. A coleta de dados desse estudo ocorreu de abril a setembro de 2010 e sua análise dos dados ocorreu de outubro a dezembro de 2010.

O estudo foi realizado no Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará (HEMOCE) que faz parte da rede de unidades de saúde da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Criado em 1979 e com início de funcionamento em novembro de 1983 e tem por finalidade básica planejar e executar a política de sangue no Ceará.

A Hemorrede do Estado do Ceará foi concebida para assistir a população, em todas as regiões do Ceará, disponibilizando sangue e hemocomponentes dentro das especificações técnicas da ANVISA, de acordo com a Política Nacional do Sangue preconizada pelo Ministério da Saúde.

O HEMOCE é um órgão da administração direta da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, presente em todo o território através de 05 Hemocentros (Fortaleza, Sobral, Crato, Iguatu e Quixadá) e um Hemonúcleo (Juazeiro do Norte), coordenados pelo Hemocentro de Fortaleza.

Responsável pela execução da política de sangue no Ceará, o HEMOCE, através das suas unidades – Central e Regionais, incumbe-se da realização de procedimentos, envolvendo coletas e transfusões de sangue, assegurando o abastecimento de hospitais da rede pública do Estado, além de contribuir, dentro dos seus limites, para o suprimento de sangue, nas instituições privadas.

4.2.3 População e Amostra

A população do estudo foi composta pelos doadores de sangue do Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará – Hemocentro de Fortaleza que realizaram uma doação de sangue no período do estudo. A escolha desta população justifica-se pela busca de contemplar o objeto de estudo. Os critérios de inclusão foram o candidato ser apto para realizar a doação sanguínea no Hemocentro de Fortaleza e aceitar espontaneamente participar do estudo.

Com relação à amostra, esta deve ser retirada do Universo de modo que seja representativa do mesmo, para que se possa aceitar com razoável confiança, que as conclusões obtidas utilizando essa amostra possam ser extrapoladas para o Universo. (HILL, HILL; 2005).

A média anual de doadores de sangue do HEMOCE foi calculada com base no número de doadores que compareceram ao Hemocentro de Fortaleza nos últimos 05 anos (Tabela 1).

Tabela1- Média anual de doadores de sangue do Hemocentro de Fortaleza. Fortaleza, 2010.

	2005	2006	2007	2008	2009	Média(X)
Hemocentro de Fortaleza	56.782	57.701	52.678	54.549	54.137	54.369

Fonte: Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará, 2010.

Sobre a amostra, sabe-se que existe uma diversidade de maneiras de calcular. Primeiramente, define-se a população como finita ou infinita. Neste estudo, caracterizou-se por ter uma população infinita, já que sua amostra foi menor que 5% da população do estudo. A partir disto, selecionou-se, dentre as fórmulas para populações infinitas, a fórmula para determinação do tamanho da amostra (n) com base na estimativa da proporção populacional:

$$n = \frac{(Z\alpha)^2 \times P \times Q}{e^2}$$

Onde:

n: Amostra;

Z α : Valor crítico que corresponde ao grau de confiança desejado;

P: Proporção populacional de indivíduos que pertence a categoria que estamos interessados em estudar;

Q: Proporção populacional de indivíduos que NÃO pertence à categoria que estamos interessados em estudar;

e: Margem de erro.

Portanto, a amostra (n) desse estudo foi de 384 doadores de sangue. Sendo que Z α foi escolhido pelo intervalo de confiança de 95%, portanto 1,96. O P e o Q foram 50%, conservador, por serem desconhecidos, implicando em tamanho máximo da amostra. O erro amostral (e) foi de 5%.

4.2.4 Coleta de dados

Tendo em vista os objetivos e a população de estudo, assim como aspectos relacionados com a viabilidade da coleta dos dados, optou-se pelo questionário anônimo, auto-aplicado, como instrumento de coleta. Ao se construírem as questões, houve preocupação quanto à linguagem empregada, atentando-se para uma comunicação fácil e rápida com os respondentes. As questões obedecem a uma ordem sequencial, agrupadas de acordo com as variáveis dependentes sob estudo.

O instrumento de coleta de dados foi um questionário semiestruturado, autoaplicado, composto por 06 partes (APÊNDICE B). A parte 01 era composta por dados de identificação do questionário como data e número de pessoa física (número de registro individual utilizado pelo Hemocentro de Fortaleza contendo informações pessoais e registros

de todas as doações realizadas pelo indivíduo no referido hemocentro). A parte 02 era composta por dados de características individuais como as variáveis: sexo, idade, residência, estado civil, escolaridade, renda, religião, busca de informações em jornal, televisão, revista, etc. A parte 03 envolvia questões referentes aos conhecimentos dos doadores de sangue sobre HIV/AIDS. A parte 04 havia questões relacionadas ao uso de drogas e/ou álcool. A parte 05 era composta por perguntas que envolvessem as práticas sexuais dos doadores de sangue e suas opiniões sobre questões relativas ao sexo. A parte 06 envolvia questões sobre a vida sexual das pessoas em tempo de AIDS e a última parte do questionário era composta por duas questões abertas referentes ao conceito de sexo seguro dos doadores de sangue e sua opinião sobre a participação na pesquisa.

O instrumento foi pré-testado com 35 doadores de sangue que compareceram ao Hemocentro de Fortaleza. Isso foi necessário para determinar sua clareza e a sensibilidade cultural do instrumento, além de gerar críticas e sugestões para o seu aprimoramento. Após a análise do pré-teste, com avaliação das críticas e sugestões, algumas perguntas tiveram sua formulação alterada e outras questões foram acrescentadas. Após essas alterações, foi elaborado o questionário definitivo.

Para a execução da coleta de dados, esta pesquisa teve a colaboração e participação de estudantes do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, integrantes do projeto AIDS: Educação e Prevenção, ao qual esta pesquisa encontra-se vinculada. Estes foram treinados e esclarecidos quanto ao questionário e ao procedimento de coleta dos dados.

Os questionários foram aplicados durante os meses de abril a setembro de 2010. Após uma breve explanação sobre a pesquisa, deixando claro que essa pesquisa fazia parte de uma dissertação de mestrado, que era conduzida por profissionais de saúde e que tinha como um dos seus objetivos sugerir possíveis caminhos para estratégias de prevenção. Foram dadas explicações sobre a importância de respostas individuais as mais sinceras possíveis aos questionários distribuídos. A pesquisadora se mantinha no local, para o caso de haver qualquer dúvida. Todos foram informados sobre a aleatoriedade na seleção dos doadores e do anonimato das respostas, visando à preservação da confidencialidade.

Observou-se receptividade, cooperação e interesse por parte dos doadores no preenchimento dos questionários. Em algumas situações houve a necessidade de esclarecimentos sobre o assunto relacionado ao questionário.

Os dados foram coletados no horário de funcionamento do Hemocentro de Fortaleza (07:30h às 18:30h), sem, contudo, prejudicar suas funções de atendimento ao doador, buscando um momento adequado para a realização. Aqueles que concordaram em contribuir com esta pesquisa responderam o questionário auto-aplicável, sempre que possível, em local reservado e silencioso para facilitar sua compreensão.

4.2.5 Organização e análise dos dados

Para a análise das questões fechadas, foi feita, inicialmente, uma análise univariada dos dados, quando os dados foram apresentados em tabelas e quadros, segundo as frequências absolutas e relativas. Calcularam-se as medidas nominais e numéricas, média e desvio padrão.

Em seguida, foi realizada uma análise bivariada, quando foi analisada a associação entre as variáveis: idade, escolaridade, sexo e número de doações de sangue com as variáveis desfechos: conhecimento sobre HIV/AIDS, comportamentos relacionados à prevenção de HIV/AIDS (ex. uso de preservativo) e intenção em reduzir ou evitar comportamentos sexuais de risco (intenção de mudança comportamental). Para as mesmas foram utilizados os testes não-paramétricos de χ^2 e de máximo verossimilhança, consideradas como estatisticamente significantes quando $p < 5\%$. Os dados foram processados no software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 17.0.

Para a análise das questões abertas, os dados foram organizados em categorias temáticas segundo a opinião dos participantes do estudo.

4.2.6 Aspectos éticos e legais

Foram respeitados os aspectos éticos e legais que envolvem pesquisas com seres humanos, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. (BRASIL, 2002b). Ressalta-se que o estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará com protocolo N° 11/10 (Anexo A). A participação dos doadores de sangue nesta pesquisa só começou após suas assinaturas do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice C), sempre garantindo sigilo e anonimato das pessoas participantes do estudo.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para melhor apresentação e discussão dos resultados, os dados foram sistematizados em quatro subitens: Perfil dos doadores de sangue do hemocentro de Fortaleza, Ceará; Conhecimento dos doadores de sangue relacionados à infecção ao HIV/AIDS; Intenção e comportamentos como fatores predisponentes a situação de risco para a doação de sangue; Adoção de estratégias para redução de comportamento sexual de risco entre doadores de sangue.

Os resultados referem-se a uma amostra de doadores de sangue selecionados de forma aleatória e sequencial. A grande maioria das perguntas teve um alto percentual de respostas efetivas, havendo uma pequena variação no número de respondentes em algumas perguntas. Algumas questões diziam respeito apenas aos doadores de sangue que referiam experiência sexual.

Os dados apresentados são analisados de acordo com o conceito de vulnerabilidade à infecção pelo HIV descrito por Mann e Tarantola (1996), através de suas três dimensões: social, individual e programática, descritas anteriormente. Nessa análise, estará sendo privilegiada a dimensão individual, com algumas referências à vulnerabilidade social.

5.1 Perfil dos doadores de sangue do Hemocentro de Fortaleza-CE

A tabela 2 apresenta os dados relacionados ao perfil socio-demográfico dos doadores de sangue participantes deste estudo. Observa-se predominância masculina com 72,1% da amostra, que corrobora com outra pesquisa, de caráter nacional, que demonstrou que os homens representam 62,39% entre os doadores brasileiros (ANVISA, 2004). Do mesmo modo, a idade dos doadores de sangue da amostra apresentou uma média de 32 anos \pm 9,9 anos, confirmando-se com a pesquisa realizada pela ANVISA onde a faixa etária predominante (28,25%) foi de 30 a 39 anos (ANVISA, 2004).

Estudo realizado em Pelotas-RS sobre a prevalência de doação de sangue e fatores associados em 2007, apresenta como resultados que a prevalência de doação de sangue, também, foi maior para os homens e para aqueles com melhor auto-percepção de saúde e nível econômico (ZAGO; SIVEIRA; DUMITH, 2010).

O fato de se ter neste estudo um perfil de doadores jovens e do sexo masculino como mais prevalentes dentro dos hemocentros para se candidatar à doação de sangue era previsível. Conforme a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC N° 153 de 14/06/2004 que estabelece os critérios para a seleção de doadores de sangue, dentre eles, idade mínima de 18 anos e máxima de 65 anos, peso mínimo de 50kg e acesso venoso que possa permitir a coleta de sangue dentro de no máximo 15 minutos (BRASIL, 2004a).

Quanto à escolaridade dos doadores de sangue, 78,4% apresentaram o ensino médio e superior. Esse resultado é positivo, pois conforme pesquisa realizada com jovens que chegam ao ensino médio, estes representam um grupo de jovens brasileiros que mais se protegem nas atividades sexuais (PAIVA; PUPO; BARBOZA, 2006). Pode-se inferir que o grau de escolaridade é um dos fatores importantes para a aderência de prática de comportamentos preventivos. O que torna estes doadores do Hemocentro de Fortaleza mais sensíveis para atividades de educação em saúde sobre a prevenção de infecções transmitidas pelo sangue e o risco de contaminação na transfusão. Este resultado corrobora com uma pesquisa realizada em 2006, no Hemocentro Regional do Crato, Ceará, que o trabalho educativo contínuo realizado com jovens e com boa escolaridade tem obtido êxito na motivação e captação desse grupo que responde satisfatoriamente às ações realizadas (MOURA et al., 2006).

Com relação à procedência dos doadores, 94,3% residem em Fortaleza ou Região Metropolitana. Este resultado confirma um fato positivo, pois mostra que a assistência hemoterápica do Estado do Ceará encontra-se descentralizada. Isso deve-se ao fato de que a Hemorrede do Estado do Ceará é composta por cinco Hemocentros Regionais no interior do Ceará (Iguatu, Quixadá, Crato, Sobral e Juazeiro do Norte) além do Hemocentro Coordenador em Fortaleza, o que não centraliza as doações de sangue na Capital do Estado, dando oportunidade para que as pessoas possam realizar suas doações em outros municípios para suprir a necessidade de sangue de toda a rede pública de saúde do Ceará. Esse resultado demonstra que as pessoas que residem no interior do Estado têm a oportunidade de doar sangue no seu município de origem ou próximo a ele, por isso a prevalência de doadores do interior no Hemocentro de Fortaleza é pequena.

Sobre o estado civil dos doadores de sangue, 52,3% relataram que eram casados ou viviam em união consensual. Porém, o fato da maioria dos doadores terem uma união estável, não garante a diminuição do risco à infecções transmissíveis pelo sangue. Este dado é

semelhante ao perfil existente em outros Hemocentros, conforme pesquisa realizada por Zago, Silveira e Dumith (2010) em Pelotas-RS e Martins et al. (2009) em Ribeirão Preto-SP.

Com relação a renda mensal, 311 (81,0%) dos doadores responderam que trabalhavam e apresentaram um média mensal de R\$ 1 029,00 \pm R\$ 520,00. A renda familiar apresentou uma média mensal de R\$ 2 235,00 \pm R\$ 995,00, o que caracteriza a população estudada dentro da categoria Classe C segundo o Critério de Classificação Econômica Brasil com base no Levantamento Sócio Econômico de 2008 (ABEP, 2010).

A maioria dos doadores (81,5%) referiu ser católico. Este resultado corrobora com os dados do IBGE que caracteriza 73,5% da população brasileira como católicos (IBGE, 2007).

Com relação ao número de vezes que doaram sangue, 74,9% já realizaram pelo menos duas doações de sangue. Este fato é de grande importância, pois demonstra um desenvolvimento de conscientização das pessoas para a doação de sangue, além de um processo de fidelização dos doadores de sangue que possibilita o alcance de metas relativas tanto à quantidade como à qualidade do sangue disponível para o atendimento às necessidades da população (GIACOMINI; LUNARDI FILHO, 2010).

Doadores de sangue fidelizados tendem a elevar o padrão de qualidade do sangue coletado e transfundido, pois como retornam regularmente aos Hemocentros, eles são acompanhados quanto ao seu estado de saúde, além de manter um histórico de exames sorológicos o que aumenta a segurança transfusional.

Embora seja essencial empreender esforços na captação de pessoas sem antecedentes de doação, uma maior frequência de doações de retorno possibilitaria, ao mesmo tempo, a ampliação do atendimento à demanda crescente por sangue, a garantia de bolsas de sangue com maior segurança para o receptor e a redução do custo da coleta: os doadores regulares apresentam consistentemente uma menor inaptidão sorológica, diminuindo o número de exames desprezados nos retestes (ARAUJO et al., 2010).

A partir da descrição e análise desta amostra quanto aos fatores sócio-demográficos, foi possível compreender melhor o perfil dos doadores de sangue com os quais se processa este estudo. A amostra estudada revelou-se predominantemente masculina, jovem, residindo na capital, com um bom nível de escolaridade e uma renda (de acordo com o IBGE) mensal média de dois salários mínimos. De acordo com a dimensão da vulnerabilidade social, este perfil demonstra que estes doadores são menos vulneráveis socialmente, considerando que a maioria possuem uma boa escolaridade e renda mensal. Portanto, são pessoas que

possuem acesso aos serviços sociais e fontes de informação que são fatores importantes para absorverem informações sobre o HIV/AIDS.

Tabela 2 – Perfil sócio-demográfico dos doadores de sangue do Hemocentro de Fortaleza. Fortaleza-CE, 2010.

VARIÁVEIS	N	%	Estatísticas
1. Idade (anos) (N=384)			
18-24	112	29,2	Média: 32 anos ± 9,9 anos
25-30	85	22,4	
31-40	115	29,9	
41-60	72	18,5	
2. Sexo (N=384)			
Masculino	277	72,1	
Feminino	107	27,9	
3. Local de Residência (N=384)			
Fortaleza	362	94,3	
Interior do Ceará	22	5,7	
4. Estado Civil (N=384)			
Casado/União Consensual	201	52,3	
Solteiro/Divorciado	183	47,7	
5. Escolaridade (N=384)			
Ensino Fundamental	83	21,6	
Ensino Médio	230	59,9	
Ensino Superior	71	18,5	
6. Renda Mensal (SM¹) (N=308)			
0,8 - 1	49	15,9	Média: R\$ 1 029,00 ± R\$ 520,00
1,1 - 2	150	48,8	
2,1 - 3	60	19,4	
3,1 – 6	49	15,9	
7. Religião (N=384)			
Católico	313	81,5	
Evangélico	59	15,4	
Outras religiões	12	3,1	
8. Número de doações de sangue (N=383)			
1ª doação	96	25,1	
2-5 doações	170	44,4	
> 5 doações	117	30,5	

(¹)SM – salário mínimo em 2010 = R\$ 510,00

5.2 Conhecimento dos doadores de sangue relacionados à infecção ao HIV/AIDS

Os doadores do hemocentro de Fortaleza tiveram como principais fontes de informações sobre HIV/AIDS, os seguintes veículos: jornais (85,6%), folhetos ou panfletos (82,3%), rádio (82,1%), conversa com familiares ou amigos (73,2%) e internet (65,2%). Com relação a qualidade das informações, eles assim se manifestaram: a maior parte, 261(68,5%) consideraram esclarecedoras, 59(15,5%) acreditaram que as informações foram esclarecedoras até certo ponto e 61(16,0%) não foram esclarecedoras ou não souberam informar.

Esses resultados são similares as evidências da ação dos vários meios de comunicação na divulgação de informações sobre o HIV/AIDS como nos estudos de Umed et al. (2008) na Nigéria com profissionais de saúde; Zhao et al. (2010) na China com estudantes de escola secundária; Yoo et al. (2005) na Coreia com adolescentes; Santos et al. (2009) no Paraná com alunos de graduação e Oliveira et al. (2009) no Rio de Janeiro com adolescentes de escola pública.

Descrevem-se na tabela 3, as respostas obtidas pelos doadores de sangue sobre o conhecimento das formas de transmissão do HIV.

A maioria das questões sobre formas de transmissão foi respondida corretamente, o que demonstra um bom conhecimento dos doadores de sangue sobre formas de transmissão do HIV. A maioria dos informantes, 99,1%, relatou que o vírus é transmitido por relação sexual sem preservativo com portadores de HIV; 96,4% afirmaram que o compartilhamento de agulhas ou seringas no uso de drogas injetáveis transmite o vírus e 99,7% relataram a transmissão do vírus por transfusão de sangue contaminado pelo HIV.

Porém, percebe-se pelos dados que ainda predomina alguns conhecimentos equivocados sobre as formas de transmissão do HIV. Dentre estes, 50,2% dos doadores de sangue afirmaram ou ficaram na dúvida que o vírus HIV era transmitido em banheiros públicos; 31,6% afirmaram ou não sabiam se o vírus era transmitido se convivesse na mesma casa que uma pessoa com HIV e 6% responderam afirmativamente ou não sabiam se o vírus podia ser transmitido por mosquitos. Esse desconhecimento manifestado pelos doadores de sangue parece evidenciar uma necessidade de orientação sobre formas de transmissão do HIV.

Tabela 3 – Distribuição do número de doadores de sangue segundo conhecimentos sobre formas de transmissão do HIV. Fortaleza-CE, 2010.

VARIÁVEIS	N	%
1. Através de mosquito ou inseto (N=383)		
Sim	9	2,3
Não	360	94,0
Não sei	14	3,7
2. Vivendo na mesma casa que uma pessoa com HIV (N=384)		
Sim	49	12,8
Não	263	68,5
Não sei	72	18,8
3. Relações sexuais sem preservativo com portador de HIV (N=384)		
Sim	381	99,1
Não	2	0,5
Não sei	1	0,3
4. Usando banheiros públicos (N=384)		
Sim	90	23,4
Não	191	49,7
Não sei	103	26,8
5. Compartilhando agulhas e seringas com portador de HIV (N=384)		
Sim	383	99,7
Não	1	0,3
6. Através da doação de sangue (utilizando material descartável) (N=384)		
Sim	7	1,8
Não	377	98,2
7. Através de vacinação (utilizando material descartável) (N=384)		
Sim	7	1,8
Não	377	98,2
8. Através de transfusão de sangue contaminado com HIV (N=384)		
Sim	383	99,7
Não	1	0,3
9. Através de compartilhamento de agulhas e seringas com drogas injetáveis (N=384)		
Sim	370	96,4
Não	3	0,8
Não sei	11	2,9

Na tabela 4, observa-se que este desconhecimento sobre as formas de transmissão do HIV prevaleceram em doadores com a escolaridade até o ensino fundamental. Porém, vale destacar que a expressiva maioria dos doadores de sangue (98,2%) relata que a doação de sangue com material descartável não é uma fonte de transmissão de HIV/AIDS. Esses resultados indicam que essa informação já está bem difundida entre a população, evitando a diminuição de pessoas doando sangue com o mito de que exista risco de transmissão do HIV.

Tabela 4 – Distribuição do número de doadores de sangue segundo conhecimentos sobre formas de transmissão do HIV e escolaridade. Fortaleza-CE, 2010.

VARIÁVEIS	Escolaridade						P
	Ensino Fundamental		Ensino Médio		Ensino Superior		
	N	%	N	%	N	%	
1. Através do mosquito ou inseto semelhante							
Não	72	86,7	222	96,5	66	94,2	p= 0,011 ¹
Sim/Não sei	11	13,3	8	3,5	4	5,8	
2. Vivendo na mesma casa que uma pessoa com HIV							
Não	22	26,5	176	76,5	65	91,5	p< 0,0001 ²
Sim/Não sei	61	73,5	54	23,5	6	8,5	
3. Usando banheiros públicos							
Não	4	4,8	128	55,7	59	83,1	p< 0,0001 ²
Sim/Não sei	79	95,2	102	44,3	12	16,9	

1 Teste de Máximo Verossimilhança

2 Teste de χ^2

Em relação às crenças e conhecimentos dos doadores de sangue sobre HIV/AIDS, a tabela 5 demonstra que a maioria dos doadores de sangue (99,5%) relatou que a multiplicidade de parceiros aumenta o risco de infecção pelo HIV, o que caracteriza um bom conhecimento do risco de transmissão do vírus por esse tipo de comportamento. Além disso, a maioria (95,6%) relatou que a mulher transmite o vírus para o homem. Isso é um fato positivo, pois a maioria dos informantes do estudo é do sexo masculino (72,1%), o que caracteriza que os doadores estão bem informados quanto à transmissão do vírus em relações heterossexuais e a desmistificação que o vírus só é transmitido pelos homens.

Porém, ressalta-se que um grupo de doadores de sangue nega ou desconhece que a mulher grávida pode transmitir HIV para o bebê (24,5%); afirma ou que existe cura para o HIV/AIDS (18,5%) e questiona ou ignora que o vírus HIV possa ser transmitido por pessoa que não aparenta estar doente (15,4%). Esse resultado demonstra, mais uma vez, a necessidade de orientação sobre algumas formas de transmissão do vírus para que não ocorra infecção do vírus por falta de conhecimento de alguns doadores de sangue.

Tabela 5 – Distribuição do número de doadores de sangue segundo crenças e conhecimento sobre HIV/AIDS. Fortaleza-CE, 2010.

VARIÁVEIS	N	%
1. Multiplicidade de parceiros aumenta o risco de infecção HIV (N=384)		
Sim	382	99,5
Não	1	0,3
Não sei	1	0,3
2. Vírus HIV é transmitido por pessoa que não aparenta está doente (N=384)		
Sim	325	84,6
Não	11	2,9
Não sei	48	12,5
3. Mulher grávida com HIV transmite para o bebê (N=384)		
Sim	290	75,5
Não	24	6,3
Não sei	70	18,2
4. Mulher com HIV transmite para o homem (N=384)		
Sim	367	95,6
Não	4	1,0
Não sei	13	3,4
5. Preservativos previnem a transmissão de HIV/AIDS (N=384)		
Sim	380	99,0
Não	1	0,3
Não sei	3	0,8
6. Multiplicidade de parceiros mesmo com uso de preservativo tem um maior risco de infecção HIV/AIDS (N=384)		
Sim	219	57,0
Não	90	23,4
Não sei	75	19,5
7. Existe cura para a AIDS (N=384)		
Sim	26	6,8
Não	313	81,5
Não sei	45	11,7

Ressalta-se na tabela 6, que as dúvidas em relação as formas de transmissão e risco do HIV aumentam com a idade dos doadores de sangue, principalmente entre os doadores de sangue de 41 a 60 anos. Acrescente-se que geralmente dentro dessa faixa etária, as pessoas apresentam uma escolaridade menor e buscam menos informações sobre HIV/AIDS.

Esse resultado corrobora com uma pesquisa realizada no Rio Grande do Sul sobre a avaliação de conhecimentos de indivíduos de meia idade sobre HIV/AIDS, na faixa etária de 40 a 59 anos. Neste estudo, 90,5% dos participantes apresentaram conceitos errôneos sobre HIV/AIDS que poderiam aumentar o risco à infecção (LAZZAROTTO et al., 2010). Trata-se de um resultado um tanto preocupante e merece atenção tanto em ações educativas específicas, como em pesquisas dirigidas a esse assunto.

Tabela 6 – Distribuição do número de doadores de sangue segundo crenças e conhecimento sobre HIV/AIDS e idade. Fortaleza-CE, 2010.

VARIÁVEIS	Faixa Etária								P
	18-24		25-30		31-40		41-60		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
1. Vírus HIV é transmitido por pessoa que não aparenta estar doente									
Sim	105	93,8	71	82,6	95	82,6	54	76,1	p=0,040 ⁽¹⁾
Não/Não sei	7	6,2	15	17,4	20	17,4	17	23,9	
2. Mulher grávida com HIV transmite para o bebê									
Sim	94	83,9	70	81,4	80	69,6	46	64,8	p= 0,002 ⁽²⁾
Não/Não sei	18	16,1	16	18,6	35	30,4	25	35,2	
3. Existe cura para a AIDS									
Não	107	95,5	76	88,4	89	77,4	41	57,7	p<0,001 ⁽²⁾
Sim/Não sei	5	4,5	10	11,6	26	22,6	30	42,3	

(1) Teste de Máximo Verossimilhança

(2) Teste de χ^2

De uma maneira geral, o conhecimento sobre as formas de transmissão do HIV é bom entre os doadores de sangue. A maioria das questões sobre formas de transmissão foi respondida corretamente, porém, constata-se que ainda predominam conhecimentos equivocados sobre as formas de transmissão do HIV o que demonstra uma necessidade de orientação sobre alguns modos de transmissão do vírus.

Esse resultado corrobora com uma pesquisa realizada sobre o nível de conhecimento e percepção de risco da população brasileira sobre o HIV/AIDS, com moradores de áreas urbanas de microrregiões selecionadas, com idade entre 16 e 65 anos. Apesar do aumento no nível de conhecimento em geral, os resultados encontrados indicam a necessidade de ações e programas de prevenção do HIV/AIDS para a população em geral, em especial, aos jovens. (FERREIRA, 2008).

5.3 Intenção e comportamentos como fatores predisponentes a situação de risco para a doação de sangue

No grupo sob estudo, a maioria (91,1%) dos doadores de sangue referiu ser sexualmente ativo, conforme mostra a tabela 7. A idade de início da vida sexual variou entre 12 e 27 anos, e aproximadamente 62% dos doadores informaram ter tido o primeiro intercuro sexual entre os 15 e 18 anos. A média de idade da primeira relação na amostra aqui analisada foi de 16,4 anos (Tabela 7).

Entre os participantes do estudo que referiram atividade sexual, 9% desses doadores, informaram casos de pagamento de dinheiro para práticas sexuais. Foram referidos, também, quatro casos de doença sexualmente transmissível, sendo citada sífilis e gonorréia. Conforme a legislação que determina o regulamento técnico para procedimentos hemoterápicos, pessoas com situação de risco acrescido que tenha sido exposto a situações como sexo em troca de dinheiro ou de drogas ou os candidatos a doação que tiveram alguma DST, estão inabilitados a doar por um período de 12 meses (BRASIL, 2004a).

Tabela 7 – Distribuição do número de doadores de sangue segundo práticas sexuais. Fortaleza-CE, 2010.

VARIÁVEIS	Nº	%	ESTATÍSTICAS
1. Experiência Sexual (N=384)			
Sim	350	91,1	
Não	34	8,8	
2. Idade de início da vida sexual (N=352)			
12 15	141	40,0	Média: 16,4 ± 1,9
19	174	49,4	
23	34	9,7	
27	3	0,9	
2. Já teve alguma DST (N=361)			
Sim	4	1,1	
Não	333	92,2	
Não sei	24	6,6	
3. Nº de parceiros nos último doze meses (N=357)			
0-2	309	86,6	Média: 1,5 ± 0,8
3-4	48	13,4	

Quanto à parceria sexual, os doadores relataram que nos últimos doze meses tiveram uma média de 1,5 parceiros. Além disso, informaram que o último parceiro sexual foi esposo(a) ou companheiro(a) fixo (52,6%) e namorado(a) (34,9%). Outros parceiros referidos foram: amigos (5,0%) e sete (1,9%) dos doadores responderam ter tido a última relação sexual com pessoas pouco conhecidas. A predominância de “esposo” como parceiro sexual nessa população é de se esperar, considerando a média de idade de 32 anos, coincidindo com a fase de relacionamento estável entre os adultos jovens. Embora com frequência pouco expressiva, a categoria que indica “pessoa pouco conhecida” (1,9%) é importante e preocupante em uma população onde o preservativo não é utilizado com regularidade.

As práticas preventivas face ao risco de transmissão do HIV foram avaliadas através da análise do uso de preservativos com parceiro regular ou eventual através das seguintes variáveis: proporção de relações sexuais utilizando-se preservativos e hábito de comprar (adquirir) preservativos, considerando-se as últimas cinco relações sexuais. Com parceiros regulares ou fixos, o preservativo foi usado com frequência por 13,1% da amostra (4 a 5 vezes); 17,8% usam o preservativo algumas vezes (2 a 3 vezes) e destaca-se o uso raro ou não uso de preservativos em 69,1% das relações de parcerias fixas.

A frequência do uso do preservativo foi mais alta quando a parceria eventual foi considerada, onde 47,6% dos doadores referiram utilizar com frequência (4 a 5 vezes em 5 relações sexuais); 28,9% o utilizam algumas vezes (2 a 3 vezes) e 23,5% relataram o uso raro ou não uso em relações com parcerias eventuais.

Este resultado corrobora com um estudo realizado por Maia, Guilhem e Freitas (2008) sobre a vulnerabilidade ao HIV/AIDS entre pessoas heterossexuais casadas ou em união estável. A pesquisa demonstrou que os homens e mulheres entrevistados possuíam conhecimentos importantes sobre transmissão do HIV/AIDS, entretanto suas percepções conjugais expressavam a cultura em que estão inseridos no que se diz respeito aos papéis de gênero e hierarquização da relação efetivo-sexual, o que pode explicar a restrição da adoção de comportamentos preventivos, tornando-os vulneráveis à infecção por HIV.

Ao relacionar o uso do preservativo com a faixa etária (Tabela 8), observa-se que o uso do mesmo é inversamente proporcional à idade, ou seja, quanto mais aumenta a faixa etária dos doadores menos se utiliza preservativo, principalmente com parceiro regular. Além do mais este mesmo grupo, na tabela 6, demonstrou ter menos conhecimento em relação às formas de transmissão do HIV.

Tabela 8 – Distribuição do número de doadores de sangue segundo idade e uso de preservativo. Fortaleza-CE, 2010.

Variáveis	Faixa Etária								P de χ^2
	18-24		25-30		31-40		41-60		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Uso de preservativo									
1. Com parceiro(a) regular									
Sempre	13	14,6	11	12,8	4	3,5	0	0	p< 0,0001
Algumas vezes	47	52,8	24	27,9	11	9,6	1	1,4	
Raramente/Nunca	29	32,6	51	59,3	99	86,8	69	98,6	
2. Com parceiro(a) casual									
Sempre	27	50,0	27	54,0	15	22,1	3	9,4	p< 0,0001
Algumas vezes	25	46,3	21	42,0	32	47,1	6	18,8	
Raramente/Nunca	2	3,7	2	4,0	21	30,9	23	71,9	

Os dados da Tabela 9 apresentam a baixa frequência no uso de preservativos nesse conjunto de doadores de sangue associado à natureza do relacionamento. Uma relação com parceria estável faz com que os preservativos sejam menos utilizados, o que pode estar associado à medidas contraceptivas e não à medidas preventivas de DST/HIV. Esses resultados relacionados ao uso de preservativos apresentam dados compatíveis com uma pesquisa que buscou analisar a tendência do uso do preservativo na população brasileira urbana. Jovens de 16 a 24 anos se protegem mais nas relações sexuais, principalmente com parcerias eventuais e a maior frequência de uso do preservativo ocorre entre pessoas solteiras (BERQUÓ; BRABOSA; LIMA, 2008), bem como um estudo de base populacional sobre o uso do preservativo que aponta como grupos mais vulneráveis as mulheres casadas ou em união estável e com idade acima de 40 anos (CARRENO; COSTA, 2006).

Tabela 9 – Distribuição do número de doadores de sangue segundo uso do preservativo e estado civil. Fortaleza-CE, 2010.

Variáveis	Estado Civil				P de χ^2
	Casado/União Consensual		Solteiro/Divorciado		
	Nº	%	Nº	%	
Uso do preservativo					
1. Com parceiro(a) regular					
Sempre	7	3,5	21	13,2	p< 0,0001
Algumas vezes	10	5,0	73	45,9	
Raramente/Nunca	183	91,5	65	40,9	
2. Com parceiro(a) casual					
Sempre	23	23,0	49	47,1	p< 0,0001
Algumas vezes	39	39,0	45	43,3	
Raramente/Nunca	38	38,0	10	9,6	

Na Tabela 10, apresentamos a associação da utilização ou não do preservativo e o uso de drogas lícitas e/ou ilícitas como indutores de comportamentos preventivos. A utilização de álcool não é muito regular entre os doadores de sangue e o uso de drogas ilícitas nesse grupo foi relatado por 5,7% dos doadores.

Em relação ao uso de álcool ou drogas antes de relações sexuais, 61,9% referiram utilizar algumas vezes álcool antes das relações sexuais, o que pode evidenciar uma barreira com relação ao comportamento do uso do preservativo. Com relação ao uso de drogas ilícitas antes de relações sexuais, 5,0% doadores referiram utilizá-las.

Tabela 10 – Distribuição do número de doadores de sangue segundo uso de drogas lícitas e ilícitas. Fortaleza-CE, 2010.

VARIÁVEIS	Nº	%
1. Frequência de ingestão de bebidas alcoólicas		
Mais de 2 vezes por semana	57	14,8
Uma ou duas vezes ao mês	162	42,2
Menos frequente que uma vez por mês	73	19,0
Nunca	92	24,0
2. Uso de drogas ilícitas		
Sim	22	5,7
Não	358	94,3
3. Uso de bebidas alcoólicas antes das relações sexuais		
Sempre	03	0,8
Algumas vezes	223	61,9
Nunca	134	37,3
4. Uso de drogas ilícitas antes das relações sexuais		
Sim	19	5,0
Não	325	95,0

A relação entre o uso de álcool ou drogas e a não utilização de medidas preventivas para o HIV vem sendo abordada por alguns pesquisadores. Cardoso, Malbergier e Figueiredo (2008) realizaram um estudo sobre a associação entre comportamento sexual de risco para infecção pelo HIV e o uso de álcool. Realizou-se uma busca bibliográfica nas bases de dados MEDLINE e LILACS nos períodos de 2000 a 2007 e os resultados mostraram que homens (heterossexuais e homossexuais), adolescentes, imigrantes e profissionais do sexo são os que associam, mais frequentemente, álcool com prática de sexo sem preservativo. As

mulheres se expõem ao risco com menor frequência. O uso de álcool associado ao comportamento sexual mostrou ser um fator de risco para transmissão das DST/HIV/AIDS, visto que, quando ingerido antes ou durante o ato sexual, favorece a prática sem preservativo.

Estudo realizado na Austrália, também, demonstra uma maior vulnerabilidade ao HIV entre os usuários de drogas após a avaliação de um programa de pesquisa australiano no período de 1995 a 2009 (TOPP et al., 2011).

5.4 Adoção de estratégias para redução de comportamento sexual de risco entre doadores de sangue

Nesta etapa do estudo apresentamos as respostas dos doadores acerca da adoção de seus comportamentos para a prevenção de DST/AIDS. É sabido que no Brasil, desde os anos 1990, a Política Nacional de controle do HIV/AIDS tem como foco a promoção do uso do preservativo (PAIVA; PUPO; BARBOZA, 2006). Nesse estudo, utilizou-se o uso de preservativo como indicador de ação de comportamento para prevenção de DST/AIDS.

Na Tabela 11 constatou-se a baixa frequência da aquisição de preservativos, tanto por parte dos doadores quanto pelos seus parceiros. Apenas um pequeno número de doadores (6,9%) tem o hábito de adquirir preservativos frequentemente, enquanto mais de 50% refere nunca adquiri-los.

Do mesmo modo, mais de 67,7% responderam que seus parceiros nunca adquiriram preservativos. Ressalte-se foi esclarecido aos respondentes que os preservativos poderiam ser comprados ou adquiridos gratuitamente nos postos de saúde.

Tabela 11 – Distribuição do número de doadores de sangue segundo frequência na aquisição de preservativos. Fortaleza-CE, 2010

VARIÁVEIS	Nº	%
Aquisição de preservativos		
1. Pelo Doador de sangue		
Sempre	25	6,9
Algumas vezes	153	42,4
Nunca	183	50,7
2. Pelo seu(sua) parceiro(a)		
Sempre	14	3,9
Algumas vezes	16	4,5
Nunca	243	67,7
Não sei	86	24,0

É oportuno afirmar que esta baixa frequência na aquisição dos preservativos nesse conjunto de doadores de sangue está em consonância com os resultados das tabelas 8 e 9, uma vez que elas ilustram a baixa utilização dos mesmos entre doadores na faixa etária entre 40 e 60 anos de idade. A aquisição de preservativos mais freqüente foi pelos doadores entre 18 e 30 anos, conforme demonstra a tabela 12 a seguir.

Tabela 12 – Distribuição do número de doadores de sangue segundo frequência na aquisição de preservativos e idade. Fortaleza-CE, 2010

Variáveis	Faixa Etária								P de χ^2
	18-24		25-30		31-40		41-60		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Aquisição de preservativos									
1. Pelo doador de sangue									
Sempre	11	12,4	12	14,0	2	1,7	0	0	p< 0,0001
Algumas vezes	53	59,6	45	52,3	50	43,5	5	7,0	
Nunca	25	28,1	29	33,7	63	54,8	66	93,0	
2. Pelo seu(sua) parceiro(a)									
Sempre/Algumas vezes	15	17,0	10	11,6	5	4,3	0	0	p< 0,0001
Nunca	28	31,8	51	59,3	99	86,1	65	92,9	
Não sei	45	51,1	25	29,1	11	9,6	5	7,1	

É preocupante evidenciar que entre os doadores de sangue existem um comportamento irregular no uso do preservativo em todas as faixas etárias. Da mesma forma esta conduta também se repete com os seus respectivos parceiros.

Com relação à aquisição de preservativos por doadores do sexo masculino e feminino, na Tabela 13, demonstra-se que mesmo não sendo de forma regular, a aquisição foi mais freqüente entre os homens (mais de 50%), enquanto que suas parceiras (70,3%) nunca realizam essa aquisição. Entre as doadoras, mais de 80% nunca adquiriram preservativos, porém 20,4% dos seus parceiros o fazem sempre ou pelo menos, algumas vezes esta aquisição.

A baixa freqüência na busca de adquirir preservativo nesta amostra feminina quer entre doadoras ou parceiras podem ser atribuídas a cultura e normas sociais do papel feminino em que a mulher deve esconder a sua sexualidade e adotar um comportamento passivo na relação com o parceiro. Considerando que a maioria dos doadores informou conviver com um relacionamento estável, postura que pode ainda reforçar a crença de que o uso do preservativo não é necessário neste tipo de relacionamento como forma de prevenção de DST/AIDS. Em outro estudo, o não uso de preservativos também foi evidenciado entre homens e mulheres heterossexuais casados ou em união consensual (MAIA; GUILHEM; FREITAS, 2008).

Tabela 13 – Distribuição do número de doadores de sangue segundo freqüência na aquisição de preservativos e sexo. Fortaleza-CE, 2010

Variáveis	Sexo				P de χ^2
	Masculino		Feminino		
	Nº	%	Nº	%	
Aquisição de preservativos					
1. Pelo doador de sangue					
Sempre	22	8,2	3	3,2	p< 0,0001
Algumas vezes	138	51,7	15	16,0	
Nunca	107	40,1	76	80,9	
2. Pelo seu(sua) parceiro(a)					
Sempre/Algumas vezes	11	4,1	19	20,4	p< 0,0001
Nunca	187	70,3	56	60,2	
Não sei	68	25,6	18	19,4	

Vale ressaltar, que embora de forma irregular, os doadores mais jovens (entre a faixa etária de 18 a 30 anos) e do sexo masculino apresentaram a aquisição e utilização dos preservativos de forma mais freqüente do que os doadores acima de 31 anos. Dados semelhantes são encontrados em Berquó, Barbosa e Lima (2008); Paiva, Pupo e Braboza (2006); Camargo e Botelho (2007).

De acordo com os resultados demonstrados na Tabela 8, que relata que os doadores com parceria eventual utilizam mais preservativos do que os doadores parceria fixa, podemos inferir que os jovens estão utilizando mais o preservativo por não terem uma

parceria fixa. À medida que eles vão ficando mais velhos e adquirem uma parceria fixa, tendem a utilizar menos o preservativo.

Portanto, neste estudo, o sangue do doador mais jovem (entre 18 e 30 anos) tende a uma maior confiabilidade devido aos comportamentos preventivos estarem mais presentes entre eles e não terem uma grande quantidade de parcerias sexuais ao ano, conforme mostra Tabela 7 cuja média de parceiros destes doadores é 1,5 ao ano.

Na tabela 14, relacionam-se as possíveis mudanças no estilo de vida sexual dos doadores em função do que eles ouviram sobre a AIDS. Os resultados demonstraram que 15,7% afirmaram ter alterado seus comportamentos; 71,5% responderam que não houve mudança alguma e 12,8% disseram que as mudanças ocorridas não estavam relacionadas às informações recebidas sobre HIV/AIDS.

Tabela 14 – Distribuição do número de doadores de sangue segundo estilo de vida sexual em tempo de AIDS. Fortaleza-CE, 2010

VARIÁVEIS	Nº	%
1. Você mudou seu estilo de vida sexual devido ao HIV/AIDS (N=383)		
Sim	60	15,7
Não	274	71,5
Alguma mudança, mas não por conta da AIDS	49	12,8
2. Pretende fazer alguma mudança no futuro devido ao HIV/AIDS (N=381)		
Sim	6	1,6
Não	355	93,2
Não sei	20	5,2
3. Concepção dos doadores quanto à susceptibilidade ao HIV (N=384)		
Nenhuma possibilidade	109	28,4
Pequena possibilidade	196	51,0
Moderada possibilidade	49	12,8
Não sei	30	7,8

Dentre os doadores que informaram ter mudado o estilo de vida sexual em razão do HIV/AIDS, os comportamentos adotados foram: uso do preservativo (93,7%), redução no número de parceiros (87,0%), e a parceria única (54,5%). Ressalte-se que estas respostas são cumulativas para redução de infecção HIV/AIDS. Esses dados demonstram que esse grupo de doadores atribui o uso de preservativo como uma das medidas importantes para prevenção do

HIV, porém não o utilizam com frequência como já referido e consideram que relacionar-se com poucas parceiras ou parceira “única” pode ser garantia suficiente para a prevenção do HIV.

Em relação às expectativas para o futuro, 93,2% disseram que não pretendem alterar em nada seus comportamentos devido à infecção ao HIV, 5,2% não sabem se farão alguma mudança e somente 1,6% relataram possíveis mudanças de comportamento.

Com relação à percepção de risco relacionada ao HIV, 51,0% relataram que existe uma pequena possibilidade de infecção pelo HIV, 28,4% afirmam não haver possibilidade de infecção, 12,8% moderada possibilidade e 7,8% não souberam avaliar seu risco. Esse resultado corrobora com uma pesquisa realizada com a população brasileira entre 1998 e 2005 quanto à percepção de risco ao HIV, que houve um aumento na proporção da população dos que declaram não apresentar risco frente à AIDS. Nessa conjuntura, pode-se analisar que a medida que as pessoas não se percebem em risco, não adotam estratégias de prevenção ao HIV/AIDS. No caso de doadores fidelizados, no caso deste estudo foi maioria, é preocupante o fato de poucos se perceberem susceptível e/ou vulnerável ao HIV e como consequência poucos adotam comportamentos preventivos.

5.5 Comportamento Sexual e Vulnerabilidades

5.5.1 Percepção dos doadores de sangue sobre Comportamento Sexual Seguro

Na busca de traçar a conjuntura que envolve os doadores de sangue, optou-se por descrever os comentários que os participantes desta pesquisa fizeram, demonstrando a percepção deles acerca do comportamento sexual seguro e as observações, sugestões e opiniões referentes à participação na pesquisa.

Somente 26 (7,5%) responderam as questões abertas. Podemos atribuir essa pequena participação na descrição dessas questões a falta de tempo relatada por eles, pois as outras questões eram perguntas fechadas, sendo mais práticas e rápidas de serem respondidas, além da opção de não quererem se expor no relato dessas respostas ou não saberem respondê-las. Portanto, este capítulo é construído a partir das percepções de 26 doadores de sangue para fomentar a reflexão do leitor.

Evidenciaram-se relatos que atribuíram que o sexo seguro é baseado em uma relação monogâmica e de fidelidade: “Sexo seguro é você poder confiar na pessoa que você

está e, também, não trair”; “Sexo seguro é você ter somente seu esposo e ele só você. Assim, não tem perigo ter doença”; “Ter apenas uma parceira e se cuidar e cuidar de quem você ama.”

Outros relatos relacionaram ao sexo seguro, o conhecimento das pessoas com quem eles se relacionam: “Para ter um sexo seguro é você conhecer bem a pessoa com que você transa”; “As pessoas não querem saber, hoje em dia, no primeiro dia que conhece a pessoa, já quer ir pra cama”.

Porém, também houve relatos que relacionaram o uso do preservativo com sexo seguro: “Sexo seguro é sexo com camisinha”; “O uso da camisinha é a maneira mais certa de se prevenir contra todas essas doenças”; “É conhecer bem o seu parceiro antes de ter relações e nunca se esquecer de usar preservativo”.

Alguns doadores também relacionaram o sexo e o uso de drogas injetáveis como fatores predisponentes à transmissão do HIV/AIDS: “Usar sempre camisinha, não ter vários parceiros, não usar drogas principalmente injetáveis com outras pessoas utilizando a mesma seringa”.

Ainda, com relação aos relatos dos doadores, alguns reforçaram a importância de pesquisas sobre o assunto: “É muito importante pesquisas sobre isso, pois a gente começa a pensar nas coisas que a gente anda fazendo”. “Gostei de participar dessa pesquisa, pois tem gente que não sabe da importância de que a saúde de quem vai receber o sangue depende da saúde de quem doa.” “É bem legal essa pesquisa para que as pessoas venham sempre se conscientizar que a AIDS existe e se prevenir sempre”.

Pode-se observar que os relatos dos doadores reforçam os dados anteriormente apresentados quanto ao comportamento irregular dos doadores diante das medidas preventivas de HIV/AIDS, apesar do conhecimento com relação às formas de transmissão do vírus.

5.5.2 Análise das situações de vulnerabilidade dos doadores de sangue

A luz da análise sobre vulnerabilidade segundo Mann e Tarantola (1996), a vulnerabilidade mínima existe quando a pessoa não relata nenhuma atividade sexual ou somente práticas de sexo não penetrativo. A vulnerabilidade cresce à medida que a pessoa: passa a ter relação sexual penetrativa com parceiro único, em relação monogâmica; adere consistentemente às práticas de sexo seguro e quando não aderem a práticas de sexo seguro. De acordo com essa definição e para facilitar a análise do perfil identificado através da análise

dos componentes principais do questionário, classificamos a vulnerabilidade em três níveis: mínima; média (pessoas que têm atividade sexual e usam consistentemente preservativos); e alta (indivíduos que não aderem às práticas de sexo seguro).

Portanto, pode-se inferir que o grupo de vulnerabilidade mínima está representado pelos doadores que referem não ter atividade sexual, nesse caso, uma parcela mínima representada por 6,3%. O grupo de vulnerabilidade média não foi identificado entre a população estudada. O outro grupo descrito pode ser classificado, segundo Mann e Tarantola, como de vulnerabilidade alta.

Assim, classificar-se-ia como de vulnerabilidade alta o grupo que não usa preservativos de forma consistente, representados por 86,9% da amostra, pois somente 13,1% relataram o uso do preservativo de forma frequente com seus parceiros.

Diante destes resultados, pode-se afirmar que os doadores de sangue apresentaram uma alta vulnerabilidade à infecção ao HIV, de acordo com a Classificação de Vulnerabilidade segundo Mann e Tarantola (1996). Portanto, enfatiza-se que essa categorização dos doadores de sangue como de alta vulnerabilidade à infecção ao HIV/AIDS deve dar definições de diretrizes para ações preventivas nessa população.

Os resultados apresentados, também, permitiram analisar as condições relacionadas à vulnerabilidade sexual do HIV entre os doadores de sangue, classificando-os de acordo com as dimensões individual, programática e social segundo o referencial de Ayres et al (2003). Como relatado anteriormente, este estudo teve como enfoque as dimensões individual e social, pois a dimensão programática envolve a análise de fatores que não correspondia com o objetivo deste estudo, como avaliar acesso a serviços e programas preventivos. Portanto, a análise será realizada de acordo com as dimensões individual e social.

Na dimensão individual, identificaram-se aspectos que favorecem uma maior vulnerabilidade como: desconhecimento de formas de transmissão do vírus, atitudes pouco favoráveis ao uso do preservativo, presença de falsos fatores de proteção contra o HIV, como confiança em parceiro fixo, comportamento de susceptibilidade/expositivo ao HIV, baixa percepção de risco em suas práticas e pouca intenção de mudança de comportamento frente à vulnerabilidade ao vírus.

Sobre a dimensão social da vulnerabilidade, constatou-se incoerência entre nível de escolaridade, conhecimentos referidos pelos participantes e a prática consistente de sexo seguro.

Quadro 1 – Situações de vulnerabilidade ao HIV dos doadores de sangue de acordo com as dimensões individual e social segundo o referencial de Ayres et al. (2003). Fortaleza-CE, 2010

INDIVIDUAL

Desconhecimento de formas de transmissão do vírus

Atitudes pouco favoráveis ao uso do preservativo

Presença de falsos fatores de proteção contra o HIV

Comportamento de susceptibilidade ao HIV

Baixa percepção de risco em suas práticas

Pouca intenção de mudança de comportamento

SOCIAL

Incoerência entre nível de escolaridade, conhecimentos referidos pelos participantes e a prática consistente de sexo seguro.

6 CONCLUSÕES

No delineamento do objeto de estudo desta pesquisa, questionamentos iniciais foram levantados, interrogando-se qual a intenção dos doadores de sangue quanto ao comportamento sexual seguro relacionado à infecção HIV/AIDS e quais fatores de suas realidades contribuem ou dificultam para realização de ações preventivas. Com este propósito, diversos achados buscaram respondê-los.

Inicialmente, a partir da descrição e análise do perfil dos doadores de sangue da amostra foi possível compreender melhor os sujeitos com os quais se processa este estudo. A maioria da população estudada caracterizou-se como do sexo masculino, adultos jovens, residindo em Fortaleza, com uma média de escolaridade entre o ensino médio e superior e a maioria já realizou pelo menos duas doações de sangue.

A principal fonte de informação sobre HIV/AIDS citada pelos doadores de sangue deste estudo foi o jornal impresso, embora a frequência de utilização desse meio de comunicação não seja alta dentre jovens doadores, porém este recurso foi considerado como fonte de informação segura entre os doadores de sangue.

Verificou-se que os doadores demonstraram um bom conhecimento sobre os mecanismos de transmissão do HIV. Apesar disso, formas de transmissão errôneas foram citadas, principalmente entre doadores com escolaridade até o ensino fundamental e entre 41 e 60 anos, apontando uma necessidade de orientação adicional a este público.

Com relação à intenção e comportamentos como fatores predisponentes a situação de risco para a doação de sangue, os resultados demonstraram que os doadores de sangue têm atitudes desfavoráveis ao uso do preservativo devido a uma crença pessoal de não vulnerabilidade ao HIV, principalmente entre os doadores mais velhos e com parceria fixa. Ressalta-se que o comportamento irregular do uso do preservativo foi observado em todas as faixas etárias, porém a aquisição de preservativos foi observada mais frequentemente entre os doadores do sexo masculino e idade entre 18 a 30 anos. Pode-se inferir que os jovens doadores utilizam mais o preservativo por não terem uma parceria fixa, mas à medida que eles vão ficando mais velhos e adquirem uma parceria fixa, tendem a usar menos o preservativo.

Percebe-se que o conhecimento significativo demonstrado por estes doadores não é suficiente para uma sensibilização de mudança de comportamento como o uso do preservativo, observando inclusive uma tendência de diminuição do uso do preservativo de

acordo com alguns fatores como idade e a segurança de parceria fixa, porém, sabe-se que essa compreensão não é totalmente segura para prevenção de DST/AIDS.

Estes doadores demonstraram não ter um comportamento sexual seguro nem a intenção para a mudança deste comportamento, evidenciando uma alta vulnerabilidade à infecção ao HIV/AIDS. Além disso, a maioria dos doadores demonstrou que não se percebem em risco de contaminação pelo vírus HIV. Esse resultado é um agravante para o processo de doação de sangue, pois o perfil desejado para doadores de sangue não condiz com o encontrado nos resultados deste estudo. A segurança transfusional depende diretamente do doador de sangue, o qual deve demonstrar pequena vulnerabilidade às doenças transmissíveis pelo sangue, principalmente, devido ao risco da janela imunológica.

As estratégias de prevenção ao HIV implantadas no Brasil caracterizam-se por amplas ações de caráter informativo, voltadas para segmentos populacionais específicos. Após várias pesquisas na literatura sobre estudos que abordem a prevenção de HIV/AIDS entre doadores de sangue, observamos que não só no Brasil como em outros países, não há trabalhos direcionados para essa população específica. Podemos afirmar que os doadores de sangue têm uma responsabilidade maior perante a população, pois além da promoção da saúde dele e de sua(seu) parceira(o), eles têm uma responsabilidade com a saúde de quem irá receber os hemocomponentes preparados a partir de sua doação, pois mesmo existindo os testes sorológicos obrigatórios, existe o risco da janela imunológica..

Percebemos que estratégias de prevenção são organizadas predominantemente em torno do repasse de informações sobre o HIV/AIDS e as formas de evitá-lo. Entretanto, sabe-se que fatores sociais interferem no processo saúde-doença, construindo diferentes estados de saúde e de bem estar. Além disso, os dados analisados nesse trabalho claramente evidenciam que: o aumento do nível de conhecimento sobre as formas de transmissão do HIV/AIDS não se traduz diretamente, em adoção de práticas de sexo seguro, pois os doadores apresentaram conhecimento considerável com relação à transmissão do vírus, porém a intenção do comportamento dos mesmos não condiz com o conhecimento demonstrado.

Observou-se no estudo, que os doadores mais velhos apresentaram menos conhecimento com relação à transmissão do HIV/AIDS e poucos comportamentos preventivos. Portanto, sugerimos na triagem clínica, uma demanda de tempo maior com esses doadores, para desmistificação de conceitos, valores e as implicações dos seus comportamentos sexuais atuais e futuros. Entretanto, este trabalho deverá ser feito também com os doadores mais jovens que demonstram serem mais propensos a mudanças

comportamentais, além da oportunidade de se tornarem doadores fidelizados, tornando a doação cada vez mais segura, devido ao acompanhamento dos exames sorológicos a cada doação.

Sugerimos a implantação de ações de saúde relacionada à prevenção das DST/AIDS, culturalmente sensíveis e direcionados aos doadores de sangue. Essas ações devem informar sobre DST/AIDS e capacitar esses doadores no que diz respeito à função protetora e uso correto dos preservativos. Além disso, devem utilizar estratégias que aumentem a auto-estima, o poder de negociação na relação sexual, uma vez que a opinião do parceiro sobre o uso do preservativo tem uma grande influência, além de informá-los da responsabilidade civil e social ao realizarem a escolha de doarem seu sangue para quem o necessita.

Os Hemocentros do país devem utilizar estratégias para o desenvolvimento da percepção do doador frente ao risco da transmissão de DST/AIDS e doenças transmissíveis pelo sangue. Sugerimos estratégias como abordagem ao doador quanto à sua percepção e intenção do comportamento sexual seguro através do questionário realizado na triagem clínica que tem como objetivo selecionar doadores com boa saúde, evitando riscos desagradáveis associados à transfusão de sangue, incluindo a transmissão de infecções. Porém, muitas vezes, essa triagem clínica é realizada de forma tradicional onde só tem objetivo de investigar fatores clínicos que possam inabilitar o indivíduo de realizar sua doação e não havendo uma abordagem quanto às intenções comportamentais desses doadores que possam levar a fatores de risco de transmissão do HIV/AIDS.

A promoção da saúde dos doadores de sangue trata-se atualmente de um desafio para gestores, profissionais de saúde e educação e sociedade em geral que deve ser avaliado e tratado com a relevância merecida. Os enfermeiros, atuando cada vez mais na área da Hemoterapia, devem priorizar ações de educação em saúde como estratégia para a promoção da saúde de doadores de sangue, contribuindo com a melhoria da qualidade dos hemocomponentes transfundidos para a população brasileira.

REFERENCIAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critério de Classificação Econômica Brasil**. Disponível em: <<http://www.abep.org/novo/Content.aspx?SectionID=84>>. Acesso em: 15 jan. 2011.
- ADAMS, V.; ERWIN, K.; LE, P.V. Public health works: blood donation in urban China. **Soc. Sci. Med.**, v. 68, n.3, p.410-418, Feb. 2009.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Projeto “Perfil do Doador de Sangue Brasileiro”**. Brasília, 2004.
- ALMEIDA NETO, C. **Perfil epidemiológico de doadores de sangue com diagnóstico sorológico de sífilis e HIV**. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, São Paulo, 2007.
- ÂNGULO, I. L. Hemoterapia moderna, práticas antigas. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p.103-108, 2007.
- ARAÚJO, K. M.; BRANDAO, M. A. G.; LETA, J. Um perfil da produção científica de enfermagem em Hematologia, Hemoterapia e Transplante de medula óssea. **Acta Paul. Enferm.**, v. 20, n. 1, p. 82-86, 2007.
- ARAÚJO, F. M. R.; FELICIANO, K. V. O.; MENDES, M. F. M.; FIGUEIROA, J. N. Doadores de sangue de primeira vez e comportamento de retorno no hemocentro público do Recife. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.**, São Paulo, 2010. Disponível em:< <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-84842010005000094&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 jan. 2011.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critério de Classificação Econômica Brasil**. Levantamento Sócio Econômico de 2008. Disponível em: <http://www.abep.org/codigosguias/Criterio_Brasil_2008.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2010.
- AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA-JÚNIOR, I.; CALAZANS, G. J.; SALETTI-FILHO, H. C. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-39.

AYRES, J.; FRANÇA, I.; CALAZANS, G.; SALLETI, H. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: Barbosa R, Parker R. **Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999. cap. 34, p. 50-71.

BARBOSA, S. M. **O comportamento dos pais em relação à comunicação com os filhos adolescentes sobre prevenção de HIV/AIDS**. 2007. 112 f. Monografia (Graduação) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2007.

BARBOSA, S. M.; PINHEIRO, P. N. C.; VIEIRA, N. F. C. Estágios de mudança dos pais nas conversas com os filhos sobre prevenção HIV/AIDS. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 6, Dec. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01041692008000600013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 3 Feb. 2010.

BARROSO, M. G. T.; VIEIRA, N. F. C.; VARELA, Z. M. V. (Org.). **Educação em Saúde: no contexto da promoção humana**. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2003.

BEAL, R. Deferred blood donors and their care. **Trans. Med. Rev.**, v. 13, n.2, p. 89-94, 1999.

BELDA SUÁREZ, I. M.; FERNÁNDEZ-MONTOYA, A.; RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ, A.; LÓPEZ-BERRIO, A.; COLLERO-PEÑUELA, M. How regular blood donors explain their behavior. **Transfusion**, v. 44, n. 10, p. 1441-1446, 2004.

BERQUÓ, E.; BARBOSA, R. M.; LIMA, L. P. Uso do preservativo: tendências entre 1998 e 2005 na população brasileira. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, Supl. 1, p. 34-44, 2008.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº. 306/2006. Rio de Janeiro, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Doação Voluntária**. Brasília, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96**. Brasília, 2002b.

BRASIL. Resolução Federal. RDC nº 153, de 14 de junho de 2004. In: CARNEIRO, A. R.; LOPES, M. E. D. (Org.). **Coletânea de legislação em hemoterapia e hematologia**. Rio de Janeiro: SBHH-Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia, 2004a. 1 CD-ROM.

BRASIL. Resolução Federal. RDC nº 343, 2003. In: CARNEIRO, A. R.; LOPES, M. E. D. (Org.). **Coletânea de legislação em hemoterapia e hematologia**. Rio de Janeiro: SBHH-Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia, 2004b. 1 CD-ROM.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Sangue e Hemoderivados**. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/sangue/politica/index.htm>>. Acesso em: 26 nov. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Aids e DST**, Brasília, ano 7, n. 1, 2010.

BRECHT, M. L.; STEIN, J.; EVANS, E.; MURPHY, D. A.; LONGSHORE, D. Predictors of intention to change HIV sexual and injection risk behaviors among heterosexual methamphetamine-using offenders in drug treatment: a test of the AIDS Risk Reduction Model. **J. Behav. Health Serv. Res.**, v. 36, n. 2, p. 247-266, 2009.

BRENER, S.; CAIAFFA, W. T.; SAKURAI, E.; PROIETTI, F. A. Fatores associados à inaptidão clínica para a doação de sangue – determinantes demográficos e socioeconômicos. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.**, v. 30, n. 2, p. 108-113, 2008.

CAMARGO, B. V.; BOTELHO, L. J. Aids, sexualidade e atitudes de adolescentes sobre proteção contra o HIV. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n.1, p. 61-68, 2007.

CARDOSO, L. R. D.; MALBERGIER, A.; FIGUEIREDO, T. F. B. O consumo de álcool como fator de risco para a transmissão das DSTs/HIV/Aids. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, v. 35, supl.1, 2008.

CARNEIRO, A. R.; LOPES, M. E. D. (Org.). **Coletânea de legislação em hemoterapia e hematologia**. Rio de Janeiro: Graph Editora, 2002.

CARRENO, I.; COSTA, J. S. D. Uso de preservativos nas relações sexuais: estudo de base populacional. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 720-726, 2006.

CARVALHO, R. I. Aspectos Éticos na Medicina Transfusional. **Bol. Hematol. Hosp. Geral Santa Casa do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, v.2, n. 2, p. 27-30, jun./dez. 1991.

CASTRO SANTOS, L. A.; MORAES, C.; COELHO, V. S. P. A hemoterapia no Brasil de 64 a 80. **Physis**, Rio de Janeiro, v.1, p. 161-182, 1991.

CASTRO SANTOS, L. A.; MORAES, C.; COELHO, V. S. P. Os anos 80: a politização do sangue. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 2, n.1, p. 107-149, 1992.

CATANIA J.; COATES, T.; KEGELES, S.; EKSTRAND, M.; GUYDISH, J.; BYE, L. Implications of the AIDS risk reduction model for the gay community. The importance of perceived sexual empowerment and help-seeking behaviors. In: MAYS, V. M.; ALBEE, G.W.; SCHENRIDER, S. F. et al. **Primary prevention of AIDS: psychological approaches**. Newbury Park: 1989. p 128-141.

CATANIA, J.; COATES, T.; KEGELES, S.; THOMPSON-FULLILOVE, M.; PETERSON, J.; MARIN, B.; SIEGEL, D.; HULLEY, S. Condom use in multi-ethnic neighborhoods of San Francisco: the population based AMEN (AIDS in Multi-Ethnic Neighborhood) study. **Am. J. Publ. Health**, v. 82, p. 284-287, 1992.

CATANIA, J.; KEGELES, S.; COATES, T. Towards an understanding of risk behavior: an AIDS risk reduction model (AARM). **Health Education Quarterly**, v.17, n.1, p. 381- 399, 1990.

CATANIA, J. A.; GIBSON, D. R.; CHITWOOD, D. D.; COATES, T. J. Methodological problems in AIDS behavioral research: influences on measurement error and participation bias in studies of sexual behaviour. **Psych. Bull.**, v. 108, p.339-362, 1990.

CHAMONE, D. A. F.; SÁEZ-ALQUÉZAR, A.; SALLES, N. A. et al. Triagem Sorológica em Bancos de Sangue. In: CHAMONE, D. A. F.; DORLHIAC-LLACER, P. E.; NOVARETTI, M. **Manual de transfusão sanguínea**. 1. ed. São Paulo: Roca, 2001. p. 227-256.

CHAN, K. Y.; YANG, Y.; ZHANG, K. L.; REIDPATH, D. D. Disentangling the stigma of HIV/AIDS from the stigmas of drugs use, commercial sex and commercial blood donation – a factorial survey of medical students in China. **BMC Public Health**, v. 7, n. 5, p. 280, 2007.

DAMESYN, M. A.; GLYNN, S. A.; SCHREIBER, G. B.; OWNBY, H. E.; BETHEL, J.; FRIDEY, J. et al. Behavioral and infectious disease risks in young blood donors implications for recruitment. **Transfusion**, v. 43, p. 1596-1603, 2003.

DESSUNTI, E. M.; REIS, A. O. A. Psychosocial and behavioral factors associated to STD/AIDS risk among health students. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v. 15, n. 2, 2007.

EMPELEN, P. V.; KOK, G.; HOEBE, C. F. P. H.; FANSEN, M. W. J. A qualitative study of factors that influence the motivation-action relationship in condom use among drug users. **Health Educ.**, v.103, n. 4, p. 230-238, 2003.

EUSTÁQUIO, J. M. J.; LIMA, G. M.; MARTINS, R. A.; SOUZA, H. M.; MARTINS, P. R. J. Ocorrência de doações de sangue com sorologia positiva para o vírus HIV no Hemocentro Regional de Uberaba (MG)-Fundação Hemominas no período de 1995 a 2006. **Rev. Patol. Trop.**, v. 38, n.2, p.73-81, 2009.

FARRELL, K.; FERGUSON, E.; JAMES, V.; LOWE, K.C. Public perception of the risk of HIV infection associated with blood donation: the role of contextual cues. **Transfusion**, v. 42, n.6, p. 679-683, 2002.

FERNANDES, M. F. A. **Hemovigilância**: análise das informações disponíveis para sua implementação, de acordo com a (re) investigação de casos de Aids associados à transfusão. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2001.

FERREIRA, M. P. Nível de conhecimento e percepção de risco da população brasileira sobre o HIV/Aids, 1998 e 2005. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, Supl. 1, p. 65-71, 2008.

FERREIRA, O.; MARTINEZ, E. Z.; MOTA, C. A.; SILVA, A. M. Avaliação do conhecimento sobre hemoterapia e segurança transfusional de profissionais de Enfermagem. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.**, v. 29, n.2, p.160-167, 2007.

GERMAIN, M.; GLYNN, S. A.; SCHREIBER, G. B.; GÉLINAS, S.; KING, M.; JONES, M.; BETHEL, J.; TU, Y. Determinants of return behavior: a comparison of current and lapsed donors. **Transfusion**, v. 47, n.10, p. 1862-1870, 2007.

GIACOMINI, L.; LUNARDI FILHO, W. D. Estratégias para fidelização de doadores de sangue voluntários e habituais. **Acta Paul. Enferm.**, v. 23, n. 1, p. 65-72, 2010.

GODIN, G.; SHEERAN, P.; CONNER, M.; GERMAIN, M. Asking questions changes behavior: mere measurement effects on frequency of blood donation. **Health Psychol.**, v. 27, n. 2, p. 179-184, Mar. 2008.

GONCALEZ, T. T.; SABINO, E. C.; CHEN, S.; SALLES, N. A.; CHAMONE, D. A.; MCFARLAND, W.; MURPHY, E. L. Knowledge, attitudes and motivations among blood donors in São Paulo, Brazil. **AIDS Behavior**, v. 12, n. 4, Suppl., p. 39-47, 2008.

HAMERSCHLAK, N.; PASTERNAK, J.; AMATO NETO, V. Risco atual de transmissão de AIDS por transfusão. **Rev. Hosp. Clín. USP**, v. 48, p.183-185, 1993.

GUERRA, C. C. C. Fim da doação remunerada de sangue no Brasil faz 25 anos. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.**, v. 27, n.1, p.1-4, 2005.

HILL, M. M.; HILL, A. **Investigação por questionário**. 2. ed. Lisboa: Edições Sílabos, 2005.

IBGE. **Censo demográfico 2000**. Rio de Janeiro, 2007.

KALICHMAN, S. C.; ROMPA, D.; CAGE, M.; DIFONZO, K.; SIMPSON, D.; AUSTIN, J.; LUKE, W.; BUCKLES, J.; KYOMUGISHA, F.; BENOTSCH, E.; PINKERTON, S.; GRAHAM, J. Effectiveness of an intervention to reduce HIV transmission risks in HIV-positive people. **Am. J. Prev. Med.**, v. 21, n. 2, p. 84-92, 2001.

KITAYAPORN, D.; BEIRACHANDRA, S.; CHONGKOLWATANA, V.; CHANDANAYINGYONG, D.; WENIGER, B.G. Potential deferral criteria predictive of human immunodeficiency virus positivity among blood donors in Thailand. **Transfusion**, v. 34, n.2, p.152-157, 1994.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). **AIDS epidemic update**: November 2009. Geneva: World Health Organization, 2009.

JOHNSON, R. W.; HOLMAN-SPEIGHT, T. Nurse practitioner/physician assistant education and the management of HCV. **ABNF J.**, v.16, n.3, p. 60-62, 2005.

LAZZAROTTO, A.; REICHERT, M. T.; VENKER, C.; KRAMER, A. S.; SPRINZ, E. HIV/Aids e meia idade: avaliação do conhecimento de indivíduos da região do Vale do Sinos (RS), Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15, Supl. 1, p. 1185-1190, 2010.

LEFRERE, J. J.; ELGHOZZI, M. H.; PORQUEZ, F.; N'DALLA, J.; NUBEL, L. Interviews with anti-HIV positive individuals detected through the systematic screening of blood donations: consequences on predonation medical interview. **Vox Sang**, v. 63, n.1, p. 25-28, 1992.

MACDONALD, N. E.; WELLS, G. A.; FISHER, W. A.; WARREN, W. K.; KING, M. A.; DOHERTY, J.-A. A.; BOWIE, W. R. High-risk STD/AIDS behavior among college students. **JAMA**, v. 263, p. 3155-3159, 1990.

MANN, J.; TARANTOLA, D. J. M. **AIDS in the World II**. New York, USA: Oxford University Press, 1996.

MANN, J.; TARANTOLA, D. J. M.; NETTER, T. Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e AIDS. In: PARKER, R. **A AIDS no mundo**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993. p. 276-300.

MANN, J.; TARANTOLA, D. J. M.; NETTER, T. W. **AIDS in the World**. Harvard: Harvard University Press, 1992.

MAIA, C.; GUILHEM, D.; FREITAS, D. Vulnerabilidade ao HIV/AIDS de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 2, p. 242-248, 2008.

MARTINS, P. R. J.; MARTINS, R. A.; MORAES-SOUZA, H.; BARBOSA, V. F.; PEREIRA, G. A.; EUSTÁQUIO, J. M. J.; LIMA, G. M. Perfil do doador de sangue autoexcluído no Hemocentro Regional de Uberaba-MG (HRU) no período de 1996 a 2006. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.**, v. 31, n. 4, p. 222-227, 2009.

MEYER, D. E. E.; MELLO, D. F.; VALADÃO, M. M.; AYRES, J. R. C. M. “Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1335-1342, June 2006.

MOURA, A. S.; MOREIRA, C. T.; MACHADO, C. A.; VASCONCELOS NETO, J. A.; MACHADO, M. F. A. S. Doador de sangue habitual e fidelizado: fatores motivacionais de adesão ao programa. **Rev. Bras. Prom. Saúde**, v. 19, n. 2, p. 61-67, 2006.

NAIDOO, J.; WILLS, J. Health promotion in primary health care and hospitals. In: _____. **Health Promotion: foundations for practice**. 2. ed. Baillière Tindall, 2000.

OLIVEIRA, D.C.; PONTES, A. P. M.; GOMES, A. M. T.; RIBEIRO, M. C. M. Conhecimentos e práticas de adolescentes acerca das DST/HIV/AIDS em duas escolas públicas municipais do Rio de Janeiro. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 13, n. 4, p. 833-834, out./dez. 2009.

OLIVEIRA, D. L. A ‘nova’ saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v. 13, n.3, p. 423-431, maio/jun. 2005..

RAZOUK, F. H.; REICHE, E. M. V. Caracterização, produção e indicação clínica dos principais hemocomponentes. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.**, v. 26, n.2, p.126-134, 2004.

PAIVA, V.; PUPO, L. R.; BARBOZA, R. O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, supl., p.109-119, 2006.

PEREIRA, A. M. B.; NASCIMENTO, F. R. F. Prevalência de HIV entre doadores de sangue no banco de sangue do Maranhão. **DST J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, v. 16, n. 4, p. 11-13, 2004.

PIMENTEL, M. A. **A questão do sangue:** rumos das políticas públicas de hemoterapia no Brasil e no exterior. Tese (Doutorado) - Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Relatório de Desenvolvimento Humano 2009.** New York, 2009.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos da pesquisa em Enfermagem:** métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

SANTOS, S. M. S.; OLIVEIRA, M. L. F. Conhecimento sobre AIDS e drogas entre alunos de graduação de uma instituição de ensino superior do Estado do Paraná. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v. 17, n. 4, jul./ago. 2009.

SARAIVA, J. C. P. A história da hemoterapia no Brasil. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.**, v. 27, n.3, p.153-158, 2005.

SEFFNER, F. **O conceito de vulnerabilidade:** uma ferramenta útil em seu consultório. Disponível em: <<http://ww1.unilasalle.edu.br/seffner/artigo4.htm>>. Acesso em: 17 mar. 2008.

SPANO, C. M. S. **Estudo de algumas etapas do processo de seleção dos primo doadores de sangue do Centro Regional de Hemoterapia de Ribeirão Preto, SP.** Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

STIGUM, H.; BOSNES, V.; ORJASAETER, H.; HEIER, H. E.; MAGNUS, P. Risk behavior in Norwegian blood donors. **Transfusion**, v. 41, n.12, p. 1480-1485, 2001.

TOPP, L.; DAY, C. A.; IVERSEN, J.; WAND, H.; MAHER, L. Fifteen years of HIV surveillance among people who inject drugs: the australian needle and syringe program survey 1995-2009. **AIDS**, v. 25, n. 6, p. 835-842, Mar. 2011.

UMEH, C. N.; ESSIEN, E. J.; EZEDINACHI, E. N.; ROSS, M. W. Knowledge, Beliefs and Attitudes about HIV/AIDS related issues, and the Sources of Knowledge among Health Care Professionals in Southern Nigeria. **J. R. Soc. Health**, v. 128, n. 5, p. 233-239, Sept. 2008.

YOO, H.; LEE, S. H.; KWON, B. E.; CHUNG, S.; KIM, S. HIV/AIDS knowledge, attitudes, related behaviors, and sources of information among Korean adolescents. **J. Sch. Health**, v. 75, n. 10, p. 393-399, Dec. 2005.

ZAGO, A.; SILVEIRA, M. F.; DUMITH, S. C. Prevalência de doação de sangue e fatores associados, Pelotas, RS. **Rev. Saúde Pública**, v. 44, n.1, fev. 2010.

ZHAO, Q.; LI, X.; STANTON, B.; MAO, R.; WANG, J.; ZHONG, L.; ZHANG, H. HIV/AIDS awareness and knowledge among secondary school students in China. **World Health Popul.**, v. 11, n. 4, p. 38-48, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE B – Instrumento de Coleta de Dados

QUESTIONÁRIO

Parte 1 - IDENTIFICAÇÃO:

Número de Pessoa Física PF (_____)

Data (____/____/____)

Parte 2 - CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS:

1- Data do Nascimento ____/____/____

2- Sexo

() Masculino () Feminino

3- Local de Residência. _____

4- Situação conjugal

() Casado/morando com parceiro regular () Divorciado/separado () Solteiro

() Viúvo

() Outras _____

5- Escolaridade:

() Não alfabetizado () Ensino Fundamental () Ensino Médio () Ensino Superior

6- Você trabalha?

() Sim () Não

Se Sim, qual é a sua renda mensal (em Reais)? _____

Se Não, Você dispõe de algum dinheiro para seus gastos pessoais?

() Sim Quanto? _____

() Não disponho de dinheiro algum

7- Qual a renda mensal de sua família (em Reais)? _____

Quantas pessoas vivem com essa renda?

8- Qual é a sua religião? _____

9- Você costuma ler jornal:

() Todos os dias () Na maioria dos dias () Pelo menos uma vez por semana

() Menos de uma vez por semana () Nunca

10- Você costuma ouvir rádio:

() Todos os dias () Na maioria dos dias () Pelo menos uma vez por semana

() Menos de uma vez por semana () Nunca

11- Você costuma assistir televisão:

() Todos os dias () Na maioria dos dias () Pelo menos uma vez por semana

() Menos de uma vez por semana () Nunca

PARTE 3 - CONHECIMENTO SOBRE HIV /AIDS

1- Você já ouviu ou leu alguma coisa sobre HIV ou AIDS em:

- () Rádio () Jornal () Folhetos ou panfletos () Em conversa com familiares ou amigos
 () No trabalho () Na escola () Nos serviços de saúde () Na igreja
 () Outros _____
 () Não ouvi ou li coisa alguma sobre AIDS

2- As informações foram esclarecedoras?

- () Sim () Não () Até certo ponto () Não sei

3- Em qual dessas fontes de informação você acredita mais?

- () Rádio () Jornal () Folhetos ou panfletos () Em conversa com familiares ou amigos
 () No trabalho () Na escola () Nos serviços de saúde () Na igreja
 () Outros _____

4 - Você conhece/conheceu alguém com AIDS?

- () Sim () Não () Não estou certo

5- Você acredita que uma pessoa pode pegar o vírus da AIDS:

A- Através do mosquito ou inseto semelhante.

- () Sim () Não () Não sei

B- Vivendo na mesma casa com uma pessoa com HIV/AIDS

- () Sim () Não () Não sei

C- Tendo relações sexuais com parceiro com HIV/AIDS, sem uso de camisinha

- () Sim () Não () Não sei

D- Usando banheiros públicos

- () Sim () Não () Não sei

E- Compartilhando agulhas ou seringas que tenham sido usadas por pessoa com HIV/AIDS

- () Sim () Não () Não sei

F- Através de doação de sangue (utilizando material descartável)

- () Sim () Não () Não sei

G- Através de vacinação, se o material utilizado for descartável.

- () Sim () Não () Não sei

H- Através de transfusão de sangue contaminado pelo vírus da AIDS

- () Sim () Não () Não sei

I- Através do compartilhamento de agulhas ou seringas pelo uso de drogas injetáveis

- () Sim () Não () Não sei

6- Você acredita que:

A- Ter muitos parceiros sexuais aumenta o risco de pegar o vírus da AIDS?

- () Sim () Não () Não sei

B- O vírus da AIDS pode ser transmitido por uma pessoa que não aparenta estar doente?

Sim Não Não sei

C- Mulher grávida com o vírus da AIDS pode transmiti-lo para o seu bebê?

Sim Não Não sei

D- Mulher com o vírus da AIDS pode transmiti-lo para o homem através da relação sexual?

Sim Não Não sei

E- Preservativos (camisinha) previnem a transmissão do vírus da AIDS?

Sim Não Não sei

F- Pessoas que sempre usam preservativos e têm muitos parceiros sexuais, têm maior risco de pegar o vírus da AIDS?

Sim Não Não sei

G- Existe cura para a AIDS?

Sim Não Não sei

PARTE 4

Essa parte do questionário é composta por perguntas pessoais que irão ajudar em muito nossa pesquisa. Essas informações são inteiramente confidenciais. Por favor, tente respondê-las da maneira mais sincera possível.

1- Com qual frequência você bebe bebidas alcoólicas?

Todos os dias Mais de duas vezes por semana Uma ou duas vezes ao mês
 Menos frequente que uma vez por mês Nunca

2- Você usou drogas outras que não o álcool:

Sim Não

Se SIM, diga que tipo de droga e marque com um X com qual frequência foi usada:

Todos os dias Mais de 2 vezes por semana Pelo menos 1 vez por semana
 Pelo menos 1 vez por mês Menos que 1 vez por mês

3 - Como (por qual via) a droga foi usada?

_____ Nunca usei

PARTE 5

As perguntas abaixo se referem às práticas sexuais. Se você nunca transou marque a opção “Não se aplica” naquelas questões referentes a aspectos da relação sexual. Note que é muito importante que você dê sua opinião sobre as questões relativas a sexo, mesmo se você nunca teve relações sexuais.

1 - Você já transou?

Sim Não

2 - Qual a sua idade quando teve sua primeira relação sexual? _____ Nunca transei

3 - Você já teve alguma doença sexualmente transmissível?

Sim Qual/ quais? _____
 Não Não sei

4 - Quantos parceiros sexuais você teve? (inclui esposo(a), parceiro regular ou contatos casuais).
 Durante toda a vida _____
 Nos últimos 12 meses _____
 Nas últimas 4 semanas _____
 Nunca transei

5- Qual a idade do seu parceiro(a) (último ou atual)? _____ Nunca transei

Ele/Ela é:

Esposo(a) ou companheiro(a) regular Namorado(a) Colega de Faculdade
 Colega de trabalho/clube/prédio/ outros _____
 Amigo(a) que não namorado(a) ou colega Pessoa que não conhecia bem
 Nunca tive parceiro(a)

Ele/Ela é:

Do mesmo sexo que você? Sim Não

6- Nas suas últimas 5 relações sexuais, com qual frequência o preservativo foi usado?

A- Com seu companheiro(a) ou parceiro(a) regular:

Sempre (5 vezes em 5) Frequentemente (4 vezes em 5)
 Algumas vezes (2 ou 3 vezes em 5) Raramente (1 vez em 5)
 Nunca (nenhuma vez nas 5)
 Nunca transei
 Não se aplica

B- Com um(a) parceiro(a) casual:

Sempre (5 vezes em 5) Frequentemente (4 vezes em 5)
 Algumas vezes (2 ou 3 vezes em 5) Raramente (1 vez em 5)
 Nunca (nenhuma vez nas 5)
 Nunca transei

7- Você costuma comprar preservativos?

Sempre Algumas vezes Nunca

E o seu(sua) parceiro(a)?

Sempre Algumas vezes Nunca
 Não sei Nunca tive parceiro

8- Você recebeu dinheiro em troca de sexo?

Sim Não Nunca transei

9- Você deu dinheiro em troca de sexo?

Sim Não Nunca transei

10- Você recebeu presentes ou favores em troca de sexo?

Sim Não Nunca transei

11- Você faz sexo depois do uso de bebidas alcoólicas?

Sempre Algumas vezes Nunca
 Nunca transei

12- Você faz sexo depois do uso de drogas outras que não o álcool?

Sempre Algumas vezes Nunca

() Nunca transei

13- Fazer sexo após o uso de drogas (inclui álcool) torna mais difícil o uso do preservativo?

() Sim () Não () Não sei

PARTE 6

As perguntas abaixo referem-se a vida sexual das pessoas em tempo de AIDS, responda o item que mais se aplica a voce.

1 - Você mudou seu estilo de vida sexual, de algum modo, ou fez alguma decisão sobre sexo, pelo o que você ouviu sobre AIDS?

() Sim () Não () Alguma mudança mas não por causa da AIDS

- Se SIM, como mudou?

() Diminuindo o número de parceiros () Procurando conhecer melhor as pessoas antes de fazer sexo com elas

() Usando preservativos

() Não tendo relações sexuais () Tendo somente 1 parceiro(a) sexual

() Se abstendo de algumas práticas sexuais _____

() outras mudanças _____

() Não sei

2- Você pretende fazer algumas mudanças no futuro?

() Sim () Não () Não sei

- Que mudanças?

3- Quanto as possibilidades de você pegar AIDS?

Você diria que...

() Nenhuma possibilidade () Pequena possibilidade () Moderada

() Grande () Não sei

4- O que é sexo seguro para você?

5- O que você achou do questionário?

Muito Obrigada pela sua participação

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.)

Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa. Sua participação é importante, porém, você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos. Você preencherá um questionário no local que você está realizando sua doação de sangue que tem como temática: Conhecimento e atitude dos doadores de sangue sobre HIV/AIDS. Você terá como benefício a aquisição de informações e não será exposto a nenhum risco ou desconforto e não receberá nenhum pagamento por participar desta pesquisa.

A qualquer momento, você poderá se recusar a continuar participando do estudo e, também, poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo. As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.

Endereço da responsável pela pesquisa: Stella Maia Barbosa
 Instituição: Universidade Federal do Ceará
 Endereço: Rua Alexandre Baraúna Nº: 1115
 Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60430-160 Fortaleza-CE
 Telefones p/contato: 85 3366 8461

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:
 Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará
 Rua Coronel Nunes de Melo, 1127 Rodolfo Teófilo
 Telefone: 3366.8338

O abaixo-assinado, _____, _____ anos, RG nº _____ declara que é de livre e espontânea vontade que está participando como voluntário da pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura tive oportunidade de fazer perguntas sobre o conteúdo do mesmo, como também, sobre a pesquisa e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada deste Termo.
 Fortaleza, ____/____/____

Nome do voluntário	Data	Assinatura

Nome do pesquisador	Data	Assinatura

Nome da testemunha (se o voluntário não souber ler)	Data	Assinatura

Nome do profissional que aplicou o TCLE	Data	Assinatura

ANEXOS

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº23 /10

Fortaleza, 05 de março de 2010

Protocolo COMEPE nº 11/ 10

Pesquisador responsável: Stella Maia Barbosa

Deptº./Serviço: Departamento de Saúde Comunitária/ UFC

Título do Projeto: “A intenção da adoção de comportamento sexual seguro entre doadores-enfoque na prevenção de HIV/AIDS”

Levamos ao conhecimento de V.S^a. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e complementares, aprovou o protocolo e o TCLE do projeto supracitado na reunião do dia 04 de março de 2010.

Outrossim, informamos, que o pesquisador deverá se comprometer a enviar o relatório final do referido projeto.

Atenciosamente,

A handwritten signature in blue ink that reads 'Mirian Parente Monteiro'.

Dra. Mirian Parente Monteiro
Coordenadora Adjunta do Comitê
de Ética em Pesquisa
COMEPE/UFC