

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

**MARIA JULIA GUIMARÃES OLIVEIRA SOARES**

**MULHERES E HIV/AIDS:**  
**Análise de comportamento preventivo à luz**  
**do Modelo de Crenças em Saúde**

**FORTALEZA –CE**

**2003**

ESE  
616.9792  
S 655 m  
2003

**MARIA JULIA GUIMARÃES OLIVEIRA SOARES**

**MULHERES E HIV/AIDS: Análise de comportamento preventivo  
à luz do Modelo de Crenças em Saúde**

Tese apresentada à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará - UFC, como requisito para obtenção do título de doutor, na área temática Saúde da Mulher.

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Telma Ribeiro Garcia  
Universidade Federal da Paraíba

**FORTALEZA –CE**

**2003**



**MARIA JULIA GUIMARÃES OLIVEIRA SOARES**

**MULHERES E HIV/AIDS: Análise de comportamento preventivo  
à luz do Modelo de Crenças em Saúde**

**Aprovada em 30/07/2003**

**BANCA EXAMINADORA**

**Dra. Telma Ribeiro Garcia – UFPB/ Presidente**

**Dra. Ana Ruth Macêdo Monteiro – UECE/ Membro efetivo**

**Dra. Zulene Maria de Vasconcelos Varela – UFC/ Membro efetivo**

**Dra. Benedita Pessoa Forte – UFC – Membro efetivo**

**Dra. Maria Josefina da Silva – UECE/ Membro efetivo**

## DEDICATÓRIAS

*A meu pai, Alcindo, que, mesmo distante fisicamente, esteve presente em cada momento de luta para meu crescimento profissional e como ser humano. Seus ensinamentos guiaram meus passos pelo caminho que percorro, em busca de realizações pessoais e profissionais.*

*A minha irmã Elda, pelo exemplo de força, perseverança demonstradas ao longo de sua curta vida terrena.*

*A meu esposo, José Jerônimo Sancho Soares, pelo apoio, estímulo e participação sempre presentes em minhas realizações profissionais.*

*As minhas filhas Julianne, Camile, Caroline e a meu neto, Rafael, por terem vivido infinitos momentos de ausência minha e por serem a razão de minha vida.*

## AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

*Àquele que não consigo ver, mas habita em meu coração e em minha vida, estando comigo, lado a lado, nos momentos mais difíceis e que, com certeza, é a força impulsionadora de minha vida em direção a meus objetivos pessoais e profissionais: "DEUS".*

*A minha irmã, Erivânia pelo carinho, paciência e apoio no suporte familiar, durante os vários momentos de minhas ausências.*

*A minha mãe, Berenice, pelo exemplo de vida, pela dedicação à família e pelo grande esforço ao proporcionar-me condições para um crescimento pessoal e profissional.*

*A meu genro, Romero pelo carinho e amizade.*

## AGRADECIMENTOS

*Agradeço, de maneira geral, a todas as pessoas e Instituições que, de uma forma ou de outra, contribuíram para a realização deste estudo. Agradeço, ainda, de forma especial, às seguintes pessoas e Instituições:*

*A meu irmão bibliotecário, Elmo Guimarães, pela amizade e apoio na organização geral da tese.*

*À Coordenação do Programa de Doutorado, pela atenção e carinho a mim dispensados, durante esses anos.*

*À Profa. Valéria Bezerra, colega de Departamento, pelo incentivo e apoio na realização deste Curso.*

*À Profa Miriam Alves, colega de disciplina, pelo apoio e incentivo.*

*A minha amiga e companheira de estudo, Clemilde Mouta de Souza, pelo convívio pessoal e acadêmico e pelo compartilhar das horas de obstáculos que se apresentaram durante esta trajetória.*

*Às colegas, Marta Miriam Lopes Costa, Simone Helena dos Santos Oliveira, Solange Costa que demonstraram amizade e estimularam-me durante a trajetória rumo à finalização do estudo.*

*Às colegas doutorandas, que comigo partilharam as disciplinas do Programa de Pós- Graduação e pela amizade originada de seu companheirismo.*

*A Dalva, pelo apoio e amizade durante o Curso e, em especial, pela forma carinhosa com que me acolheu em seu lar.*

*Às mulheres usuárias do ambulatório do Complexo de Doenças Infecto-contagiosas Clementino Fraga e das mulheres usuárias do serviço de ginecologia do Hospital Universitário Lauro Wanderley, pela aceitação em exporem sua vida para este estudo.*

*À Dra Vera, Coordenadora do Ambulatório do Complexo de Doenças Infecto-contagiosas Clementino Fraga, e, à enfermeira Celeida, pela forma gentil, atenciosa com que me receberam e pelas informações prestadas.*

*Aos professores João Agnaldo do Nascimento e Jozemar Santos, pela orientação estatística no tratamento dos dados da pesquisa.*

*À Bernadete, funcionária da Universidade Federal da Paraíba, pela colaboração na revisão bibliográfica.*

*A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Doutorado, dedicados ao ensino da Enfermagem, pela incalculável contribuição para o meu conhecimento científico.*

*Quando um obstáculo se apresenta, é necessário fazer-lhe frente, não o contornar, nunca permanecer no medo de ir ver.*

Ronald Dalbiez

## RESUMO

SOARES, M.J.G.O. **Mulheres e HIV/AIDS**: análise de comportamento preventivo à luz do Modelo de Crenças em Saúde. Fortaleza, 2003. 191f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.

Este estudo teve uma abordagem quantitativa orientada pelo referencial teórico do Modelo de Crenças em Saúde. Objetivou analisar, à luz do Modelo de Crenças em Saúde, como se expressam as crenças de mulheres contaminadas e de mulheres não contaminadas pelo HIV, em relação à sua susceptibilidade para esse vírus; à seriedade das modificações que ocorreriam ou que ocorreram em sua vida, ao contrai-lo; aos benefícios percebidos por elas para a adoção de comportamentos preventivos. Para direcionar a presente pesquisa, utilizou-se, como referencial teórico, o Modelo de Crenças em Saúde, proposto por Rosenstock, 1966. Foram realizadas 140 entrevistas, 70 no grupo de mulheres contaminadas e 70 no grupo de mulheres não contaminadas pelo HIV. A pesquisa foi desenvolvida em um ambulatório do Complexo de Doenças Infecto-Contagiosas Clementino Fraga, centro de referência para AIDS na Paraíba e no ambulatório do Hospital Universitário Lauro Wanderley. Os dados foram analisados quantitativamente. Os resultados apontam que, entre as mulheres contaminadas perceber o risco de contrair o HIV não foi um elemento presente na vida dessas mulheres. O contrário foi observado entre as mulheres não contaminadas, demonstrando, assim, haver diferenças significativas entre os dois grupos estudados em relação a essa percepção de se expor aos riscos de contrair o HIV nas relações sexuais. Em relação à percepção da gravidade e das consequências da AIDS e aos benefícios percebidos dos meios preventivos para a adoção de comportamento preventivo para o HIV, foram verificadas diferenças significativas entre os citados grupos. A confiança no parceiro e o fato de terem parceiro fixo aparecem como elementos de destaque para a contaminação das mulheres contaminadas e de vulnerabilidade para o HIV entre as mulheres não contaminadas. As barreiras identificadas foram as responsáveis pela contaminação pelo HIV. As mulheres do grupo não contaminado estão vivenciando os riscos de contrair o HIV. Os estímulos para a tomada de ação preventiva não estavam, nem estão presentes na vida das mulheres de ambos os grupos. Considera-se necessário se repensar e refazer as estratégias e ações preventivas, envolvendo, além das Instituições, a própria mulher como sujeito do processo de escolha dos meios preventivos.

**Palavras-chave:** HIV/AIDS; Modelo de Crenças de Saúde; Prevenção de HIV/AIDS; Saúde da mulher.

## ABSTRACT

SOARES, M.J.G.O. **Women and HIVAIDS: Preventive behavior analysis in the light of Health Belief Model.** Fortaleza, 2003. 191f. Thesis (Doctorate) Nursing Graduate Program, Federal University of Ceara, Fortaleza, Brazil.

The present study had a quantitative approach and its objective was to analyse, in the light of the Health Belief Model, how the beliefs of HIV – infected and non – infected women are expressed in relation to their susceptibility to HIV; to the seriousness of the changes that happened or would happen in their lives in case of being infected; and to benefits perceived by them in adopting preventive behaviour. The study was oriented by the Health Belief Model proposed by Rosenstock, 1966. It was interviewed 140 women, 70 from the HIV – infected group, and 70 from the non – infected group. The research was accomplished in the ambulatory service of the Complex of Contagious Infectious Disease Clementino Fraga in the ambulatory service of the University Hospital Lauro Wanderley, in Paraíba State. The data were quantitatively analysed. The results indicated that in the infected group, the perception of the risk to catch HIV is absent, the opposite was verified in the non – infected group, and so there were significative differences between the two studied groups concerning the perception of exposure to HIV in sexual intercourse. For the two women groups there were no significative differences related to the perception of consequences and seriousness of AIDS, and to the benefits of adopting preventive behaviour. The fact of trusting the sexual partner or having a steady partner emerged as outstanding elements for contamination in the infected group and for vulnerability to HIV contagion in the non-infected group. The identified barriers demonstrate to be responsible for the HIV contamination. The non-infected women are living the risks of catching HIV. The incentives for taking preventive actions were not present in the women's life of both groups. It is considered to be necessary to reevaluate and remake strategies and preventive actions, involving besides the institutions, the women themselves as the subject of the deciding process on preventive means.

**Key words:** HIV/AIDS, Health Belief Model, HIV/AIDS prevention, Women health.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>FIGURA 1 —</b>	Modelo de Crenças em Saúde com preditor do comportamento preventivo em saúde	59
<b>FIGURA 2 —</b>	Distribuição percentual das mulheres contaminadas e não contaminadas, segundo faixa etária	73
<b>FIGURA 3 —</b>	Distribuição percentual das mulheres contaminadas e não contaminadas, segundo escolaridade	73
<b>FIGURA 4 —</b>	Distribuição percentual das mulheres contaminadas e não contaminadas, segundo estado civil	74
<b>FIGURA 5 —</b>	Distribuição percentual das mulheres contaminadas e não contaminadas, segundo o tempo de união	76
<b>FIGURA 6 —</b>	Mapa de associação entre contaminação e tempo de união	77
<b>FIGURA 7 —</b>	Distribuição percentual das mulheres contaminadas e não contaminadas, segundo religião	78
<b>FIGURA 8 —</b>	Distribuição percentual das mulheres contaminadas e não contaminadas, segundo renda pessoal	81
<b>FIGURA 9 —</b>	Distribuição percentual das mulheres contaminadas e não contaminadas, segundo a fonte de contaminação	82
<b>FIGURA 10 —</b>	Distribuição percentual das mulheres contaminadas e não contaminadas, segundo parceiro fixo	96

## LISTA DE TABELAS

<b>TABELA 1 —</b>	Medidas descritivas e teste t-Student para comparar o tempo de ude união por grupo.	77
<b>TABELA 2 —</b>	Distribuição percentual de mulheres contaminadas e não contaminadas segundo ocupação.	79
<b>TABELA 3 —</b>	Distribuição das variáveis relacionadas ao conhecimento sobre os meios de transmissão do HIV por grupo, e resultados do testes de teste qui-quadrado. João Pessoa - 2003	84
<b>TABELA 4 —</b>	Distribuição das variáveis relacionadas a transmissão sexual do HIV por grupo, e resultados dos testes de teste qui-quadrado. João Pessoa – 2003	87
<b>TABELA 5 —</b>	Distribuição das variáveis relacionadas ao conhecimento acerca dos riscos de contrair o HIV por categorias sexuais, e resultados dos testes de teste qui-quadrado. João Pessoa - 2003.	89
<b>TABELA 6 —</b>	Distribuição das variáveis relacionadas as medidas para prevenir os riscos de contrair o HIV nas relações sexuais por grupo, e resultados dos testes de teste qui-quadrado João Pessoa - 2003.	91
<b>TABELA 7 —</b>	Distribuição percentual das mulheres contaminadas e não contaminadas segundo contato com pessoas com HIV/AIDS João Pessoa-2003	94
<b>TABELA 8 —</b>	Distribuição percentual das mulheres contaminadas e não contaminada segundo idade inicial de atividade sexual. João Pessoa – 2003.	95

<b>TABELA 9 —</b>	Distribuição percentual das categorias por grupo segundo número de parceiros sexuais. João Pessoa - 2003	97
<b>TABELA 10 —</b>	Distribuição percentual das mulheres contaminadas segundo uso da camisinha e parceiro fixo antes de serem infectadas - João Pessoa-2003	99
<b>TABELA 11 —</b>	Distribuição percentual das mulheres contaminadas e não contaminadas, segundo uso da camisinha masculina pelo parceiro. João Pessoa -2003	100
<b>TABELA 12 —</b>	Distribuição percentual das mulheres contaminadas e não contaminadas segundo o uso da camisinha feminina João Pessoa - 2003.	103
<b>TABELA 13 —</b>	Distribuição das variáveis relacionadas com a percepção da suscetibilidade ao HIV, por grupo, resultados dos testes de teste qui-quadrado e razão de risco.	106
<b>TABELA 14 —</b>	Distribuição das variáveis relacionadas com a severidade percebida ao HIV, por grupo, resultados dos testes de teste qui-quadrado e razão de risco.	112
<b>TABELA 15 —</b>	Distribuição das variáveis relacionadas com a percepção dos benefícios das ações preventivas ao HIV, por grupo, resultados dos testes de teste qui-quadrado e razão de risco. João Pessoa - 2003.	123
<b>TABELA 16 —</b>	Distribuição das variáveis relacionadas com as barreiras percebidas em relação à AIDS, por grupo, resultados dos testes de teste qui-quadrado e razão de risco. João Pessoa - 2003.	128
<b>TABELA 17 —</b>	Distribuição das variáveis relacionadas com os estímulos percebidos, por grupo, resultados dos testes de teste Qui-Quadrado e razão de risco. João Pessoa - 2003.	138

## SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>CAPÍTULO 2 - REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO.....</b>	<b>25</b>
2.1 Epidemiologia da AIDS.....	26
2.2 Vulnerabilidade feminina ao HIV e fatores de risco para a AIDS.....	37
2.3 Prevenção da AIDS.....	45
2.4 Modelo de Crença em Saúde.....	48
<b>CAPÍTULO 3 - MATERIAL E MÉTODO.....</b>	<b>60</b>
<b>CAPÍTULO 4 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>71</b>
4.1 Perfil sócio demográfico dos sujeitos.....	72
4.2 Conhecimento sobre a transmissão sexual do HIV.....	84
4.3 Comportamento sexual e preventivo para AIDS.....	95
4.4 Percepção sobre a suscetibilidade ao HIV.....	106
4.5 Severidade percebida a AIDS.....	112
4.6 Percepção sobre os benefícios das ações preventivas para AIDS.....	123
4.7 Percepção sobre as barreiras para o comportamento preventivo.....	128
4.8 Estímulos para a ação.....	138
<b>CAPÍTULO 5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>149</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>157</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>169</b>
Apêndice A Ofício de solicitação de autorização.....	170
Apêndice B – Termo de consentimento livre e esclarecido .....	171
Apêndice C – Formulário 1 (mulheres contaminadas).....	172
Apêndice D – Formulário 2 (mulheres não contaminadas).....	178
<b>ANEXO.....</b>	<b>184</b>
Parecer da Comissão de Ética em Pesquisa.....	185

## INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) é uma doença grave, atualmente, um problema de saúde pública que tem causado preocupação mundial, sendo considerada uma pandemia que cresce em proporções alarmantes.

A introdução do HIV aconteceu, em meados da primeira década da década de 1970. Todavia, devido a seu longo período de incubação, os primeiros casos, no Brasil, foram identificados apenas em 1983.

Desde a identificação do primeiro caso, a AIDS surgiu como um problema importante a ser enfrentado nas áreas de saúde pública e de saúde individual para a saúde pública, além de representar um desafio para a sociedade multifacetado, gerando consequências para a saúde pública e o desenvolvimento humano (GÓMEZ, 2002).

## CAPÍTULO 1

Apesar dos estudos realizados no âmbito da imunologia, nos últimos anos, avanços no conhecimento do vírus e da sua interação com o sistema imunológico, a cura da doença permanece sendo uma meta distante. Atualmente, na busca de uma vacina, de diagnóstico, de tratamento e de prevenção, prevalece o uso mesmo de uma droga que atua no sistema imunológico.

## 1 INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) constitui, na atualidade, um problema de saúde pública, que atinge todos os Continentes, sendo considerada uma pandemia que cresce em grandes proporções.

A introdução do HIV aconteceu, em nosso país, provavelmente, na década de 1970. Todavia, devido a seu longo período de incubação, os primeiros casos, no Brasil, foram identificados somente no início da década de 1980.

Desde a identificação do primeiro caso, a AIDS surgiu como um problema importante a ser enfrentado nacionalmente, constituindo mais um grave problema para a saúde pública, além de representar, também, um fenômeno multifacetado, gerando dúvidas quanto às nossas expectativas do desenvolvimento humano (GÓMEZ, 1998).

Apesar dos estudos iniciados na década de 1980, dos significativos avanços no conhecimento do vírus e das descobertas de novas drogas virostáticas, a cura da doença permanece sem solução. Dessa forma, continua a luta na busca de uma vacina, de comprovação científica, que possua o poder de preveni-la ou, mesmo, de uma droga que possa curar as pessoas infectadas.

As características da AIDS dificultam, em muito, sua resolução científica, por ser o vírus mutável, sofrendo constantemente modificações internas e dificultando, assim, um processo único que possa destruí-lo.

Em razão dessa mutabilidade que dá origem a diversos tipos de vírus, para que uma vacina seja eficaz, será necessário que proteja o indivíduo, ao mesmo tempo, de todas as variantes do vírus. Esse fato é retratado por Robert Gallo (1997), quando admite que, em decorrência desse problema, provavelmente os cientistas nunca irão encontrar uma vacina para proteger a população do HIV (TESTES..., 1997).

A AIDS, além de ser incurável e de levar o doente a uma morte precoce, proporciona-lhe, ainda, sofrimento, pelo seu conseqüente isolamento social, rejeição e discriminação.

Vivenciar uma doença estigmatizadora como a AIDS significa “carregar um peso social oneroso”, segundo Moreira e Moriya (1998, p.213). Esse peso torna-se maior, quando o contágio se dá por via sexual, geradora de prazer, altamente valorizada na cultura ocidental. Ser portador de HIV/AIDS, na maioria das vezes, tem o significado social de ser promíscuo, o que gera nos indivíduos, sentimentos negativos de culpa, de castigo, revolta e solidão.

Em razão da magnitude do problema da AIDS como elemento gerador de incertezas e inseguranças na vida das pessoas sexualmente ativas este estudo abordará o comportamento preventivo para essa doença em mulheres de diversos grupos sociais, em idade reprodutiva e produtiva, enfocando questões relacionadas com a percepção dos riscos do HIV/AIDS e com práticas preventivas, durante o exercício da sexualidade. Em seu desenvolvimento, admite-se a possibilidade de apreensão de um novo olhar para o modo de se planejarem estratégias preventivas para esse segmento da população.



Para a justificativa da escolha da temática abordada, considero oportuno descrever minha trajetória profissional, vinculada às questões geradas pela relação MULHER e HIV/ AIDS.

Profissionalmente, fiz opção pela Saúde Pública, quando busquei minha qualificação profissional nessa área, desde a Residência até o Mestrado, trabalhando, inicialmente, com alunos do Primeiro e do Segundo Grau, na prevenção em DSTS/AIDS, adotando, como objetivo principal, a luta para o controle da disseminação do vírus, em jovens, contribuindo, assim, para o fortalecimento dos fatores que protegem o indivíduo do HIV/AIDS.

O fato de ter escolhido trabalhar com jovens não se deu por acaso, mas por viver o jovem a plenitude da idade em que a atividade sexual e os envolvimento emocionais são vividos intensamente, deparando-se, rotineiramente, com situações de risco para o HIV/AIDS.

Com essa preocupação, em 1992, iniciei o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Pública, no qual desenvolvi o trabalho intitulado “Padrões do Comportamento Sexual como Fator de Risco da AIDS em Universitários”, na Universidade Federal da Paraíba, tendo como objetivos: a) verificar o conhecimento dos universitários sobre a transmissão sexual do HIV; b) identificar os fatores de risco da AIDS, com base no comportamento sexual dos universitários; c) identificar o comportamento preventivo em relação à AIDS, vivenciado pelos universitários.

Na pesquisa realizada, constatei que os universitários, em sua maioria, detinham conhecimentos sobre a transmissão sexual da AIDS e seus fatores de risco. No entanto, isso não lhes garantia a adoção de práticas sexuais seguras, principalmente pelas mulheres, que consideraram suficiente o fato de terem um único parceiro para lhes garantir a negatividade ao HIV. A maioria dos universitários sexualmente ativos realizava práticas sexuais de risco (o sexo anal ativo e o passivo, o vaginal, o oral, sem proteção). Mais da metade das mulheres



(57,8%) já haviam sido acometidas por alguma doença sexualmente transmissível. Na conclusão do estudo, ficou evidente e comprovado, através da análise qualitativa dos depoimentos das mulheres e de suas atitudes, a vulnerabilidade para se contaminarem com o HIV, estando expostas a diversos fatores de risco, como práticas sexuais de risco, relações sexuais sem proteção e doenças sexualmente transmissíveis (SOARES, 1995).

A realização desta pesquisa forneceu-me subsídios para a identificação de comportamentos adotados pelos jovens, do modo como estabelecem as estratégias preconizadas pela política nacional de DST/AIDS, do Ministério da Saúde, que orientam os profissionais para a realização de pesquisas em grupos específicos, para o conhecimento dos comportamentos que colocam esses mesmos grupos sob risco de contraírem a infecção pelo HIV. Nesse sentido, também foi constatada, em pesquisa, “a existência de uma inconsistência entre os conhecimentos (o que se sabe), as atitudes (o que se sente) e a prática do comportamento preventivo (por que se faz), mesmo entre indivíduos que tiveram acesso aos conhecimentos científicos e os consideraram relevantes para a manutenção da saúde” (MARCON, 1990).

Com base nessas observações, um novo fenômeno se fazia presente: a mulher, casada ou solteira, branca, negra ou parda, pobre ou rica, conhecedora ou não dos riscos do HIV, vive sua vida sexual à sombra da ameaça à sua integridade biopsicossocial. Nascia, assim, em mim, uma inquietação, uma ansiedade na busca de entender o porquê da não adoção das medidas para a prevenção do HIV.

O fato de a AIDS representar uma constante ameaça à mulher, demonstrada pela mudança no perfil epidemiológico dessa doença, durante os últimos anos, corroborou a necessidade de investigar como as mulheres percebem sua vulnerabilidade biológica e social diante do HIV/AIDS, como se comportam em relação à prevenção e os motivos pelos quais algumas delas não adotam comportamento preventivo.

No início da eclosão da epidemia, a categoria homossexual era a detentora da maioria dos casos notificados. A dinâmica de transmissão sofreu, no entanto, modificações, tendo sido a categoria heterossexual a que mais cresceu, em número de casos, efetivando-se uma nova tendência da epidemia, com influência direta no aumento de mulheres contaminadas com o HIV. Apesar de os dados estatísticos terem demonstrado o aumento progressivo da contaminação de mulheres pelo HIV, as ações preventivas estavam direcionadas para as pessoas consideradas diretamente envolvidas com a epidemia, como os homossexuais, os usuários de drogas injetáveis, os profissionais do sexo e as pessoas com múltiplos parceiros. Esse crescimento ocorreu num ritmo mais acelerado na mulher do que na população masculina, levando-a a ocupar um lugar de destaque em número de casos da epidemia. Sua entrada no cenário da AIDS rompe a idéia da doença ligada exclusivamente aos grupos de risco, tornando-a um problema de todos.

No Brasil, entre os anos de 1980 a 1990, cerca de 9,4% dos casos de AIDS ocorreram entre indivíduos heterossexuais, passando esse percentual para 24,5% entre os anos de 1991 a 1995, elevando-se para 59,4 % no período entre 1996 a 2002. Dos casos notificados, em mulheres, verificou-se que, no ano 2001, 93,6 % se contaminaram por via sexual, demonstrando-se, assim, a importância da disseminação do HIV através do sexo, nessa categoria (BRASIL, 2002a e 2000b).

A expansão da doença, em mulheres, é demonstrada, também, através da progressiva redução da razão de sexo que, em 1985, era de 25 homens para 1 mulher e, em 2002, de 1,7 homens para 1 mulher (BRASIL, 1998, 2002a). Dados oficiais apresentam 68.528 casos notificados de AIDS, em mulheres, o que representa 26,6 % do total acumulado de casos; o que leva o crescimento da doença entre as mulheres a ser nove vezes maior que entre os homens (BRASIL, 2000b).

Essa modificação no comportamento epidemiológico tornou a mulher uma preocupação para a Saúde Pública, uma vez que possui maiores probabilidades de contrair o vírus da AIDS do que o homem, devido a sua vulnerabilidade biológica, social e cultural.

Tal situação se agrava, quando nada se tem de concreto e efetivo nas campanhas realizadas ao longo dos últimos anos, para alertar as mulheres comuns, como as donas de casa e as casadas com parceiros fixos, quanto aos riscos de contraírem o vírus. O fato de a AIDS ter sido considerada uma enfermidade relacionada apenas com comportamentos de risco (homossexuais, bissexuais, usuários de drogas injetáveis e múltiplos parceiros) em muito interferiu nos tipos de ações educativas, pois contribuiu, possivelmente, para que muitas pessoas se sentissem isentas de contrair o HIV, por não pertencerem a esses grupos, excluindo-se, assim, a possibilidade de as mulheres se tornarem conscientes dos riscos iminentes do contato com o vírus. O aumento do número de mulheres infectadas pelo HIV demonstra e reflete a real situação do problema da AIDS nessa população, bem como o descaso da prevenção da saúde da mulher em relação ao HIV.

O cenário da AIDS, no Estado da Paraíba, reflete a situação descrita, evidenciando-se um inesperado crescimento do vírus na categoria heterossexual, que já ocupa o primeiro lugar em número de casos, contribuindo, assim, diretamente, para seu aumento crescente na população feminina. Esse fato tornou-se conhecido pela Secretaria de Saúde do Estado, quando identificou que, em quatro municípios da Paraíba, o número de mulheres infectadas é superior ao dos homens e, em outras dez cidades, existe uma igualdade no número de casos entre homens e mulheres (LUCIO, 2001).

O programa oficial de prevenção da AIDS parece estar desvinculado do real contexto da epidemia, em mulheres, em nosso país. Entretanto, o Ministério da Saúde, através da aprovação da Política Nacional de DST/AIDS: Princípios e Diretrizes, estabelece ações para o enfrentamento da epidemia da

AIDS, entre as quais encontra-se o Monitoramento de Práticas Sociais, que tem como um dos objetivos

realizar sistema de acompanhamento de informações sobre as práticas de prevenção e comportamentos de risco para as doenças sexualmente transmissíveis e a AIDS e sobre o uso indevido de drogas por populações e /ou grupos específicos, com vistas a subsidiar o planejamento das ações de promoção e prevenção (BRASIL, 1999b, p.58).

Como estratégia para se alcançar esse objetivo, propõe-se

a realização de pesquisas de comportamento na população geral e a elaboração de estudos transversais sobre o comportamento em um grupo populacional, aleatoriamente. Estes estudos deverão ser repetidos para que possamos conhecer a tendência dos comportamentos da população (BRASIL, 1999b, p.58).

Explorar a inserção da mulher no quadro epidemiológico da AIDS, suas dificuldades para a adoção de medidas preventivas e as influências que a construção do ser feminino pode enfrentar em suas decisões, principalmente fundamentadas ou enraizadas na sua cultura, viabiliza a importância do tema abordado, neste trabalho, no âmbito das pesquisas na área da saúde da mulher.

Devido à complexidade da temática abordada, foi necessário buscar-se um modelo teórico, que facilitasse a compreensão do comportamento preventivo das mulheres, em relação à sua saúde.

Neste estudo, será adotado o Modelo de Crenças em Saúde (Health Belief Model), segundo o qual, para o indivíduo adotar comportamento preventivo em relação a uma doença, é necessário acreditar que é pessoalmente susceptível a essa doença; que a ocorrência da doença deverá ter, pelo menos, moderada seriedade em relação à sua vida, e que a atitude preventiva terá uma ação benéfica, diminuindo sua susceptibilidade à mesma. O referido modelo enfatiza, ainda, que o profissional de saúde terá maior sucesso em alcançar mudança de comportamento, se compreender os motivos pelos quais os

indivíduos emitem comportamento preventivo em relação à saúde (ROSENSTOCK, 1960).

O modelo tenta evidenciar as possíveis variáveis que podem contribuir para a compreensão do comportamento preventivo em relação a uma determinada doença. Portanto, conhecer o comportamento preventivo para o HIV/AIDS, à luz desse modelo, significa compreender o porquê da ação de mulheres na prevenção do HIV/AIDS, e sob que condições elas agem ao se prevenir.

Considerando a importância da identificação dos pressupostos do Modelo de Crenças em Saúde, a enfermeira, como profissional que atua diretamente nos cuidados com a saúde da mulher, poderá atuar na prevenção do HIV/AIDS, desenvolvendo ações que possam estimular as mulheres para a adoção de medidas de proteção contra o vírus.

Este estudo parte, assim, do pressuposto de que o comportamento preventivo para o HIV/AIDS, nas mulheres, é influenciado diretamente por suas crenças na susceptibilidade ao vírus e à doença; na seriedade das modificações que a doença determina ou determinará em sua vida, e nos benefícios e barreiras, percebidos por elas, para a adoção de medidas preventivas que realmente venham reduzir a ameaça de contraírem o vírus e desenvolver a doença. Buscou-se, dessa forma, argumentar sobre o pressuposto acima, tentando-se responder a questões, como: Quais seriam as percepções das mulheres sob os riscos de contraírem o HIV e sobre o modo como essa condição patológica afetaria algum componente de sua vida? Quais seriam suas crenças sobre a eficácia das medidas preventivas contra o HIV/AIDS? Quais fatores poderiam interferir em sua tomada de decisão em adotar as medidas preventivas contra o HIV/AIDS?

Diante dos questionamentos o estudo teve como objetivo verificar, à luz do Modelo de Crenças em Saúde, como se expressam as crenças de dois grupos distintos de mulheres - as contaminadas e as não contaminadas pelo HIV/AIDS — em relação à sua susceptibilidade para o HIV/AIDS, à seriedade

das modificações que ocorreriam ou que ocorreram em sua vida ao contrair o vírus ou desenvolver a doença, e aos benefícios ou barreiras percebidos por elas para a adoção de comportamentos preventivos.

Entre as possíveis contribuições deste estudo, está a de demonstrar, à comunidade científica, que não se pode insistir no repasse exclusivo de informações sobre a doença, esquecendo-se de que é necessário buscar caminhos que estabeleçam relações dinâmicas entre as ações de saúde e o modo como as mulheres pensam, agem e acreditam, considerando-se, assim, os possíveis estímulos desencadeadores de comportamentos preventivos para o HIV/AIDS.

## CAPÍTULO 2

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

### 2.1 Epidemiologia da AIDS

Desde que o primeiro caso de AIDS foi diagnosticado, no fim da década de 1970 e início de 1980, os dados estatísticos têm revelado seu aumento e disseminação em todos os grupos sociais, independentemente de sexo, idade ou raça, constituindo, na atualidade, um problema mundial de Saúde Pública. A cada minuto acontecem, no mundo, 11 novos casos de infecção pelo HIV. Mais de 95% desses casos estão em países em desenvolvimento. Dados divulgados pela Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (OMS, 2002) demonstram que há, no âmbito mundial, 42 milhões de pessoas que vivem com o HIV/AIDS, dos quais, 38,6 milhões são adultos e 3,2 milhões são menores de 15 anos. Entre os adultos, 19,2 milhões são mulheres. Segundo o mesmo documento, no ano de 2002, 5 milhões de pessoas foram recém-infectadas pelo HIV, entre as quais, 4,2 milhões de adultos e 800 mil crianças. Dentre os adultos, 2 milhões eram mulheres. Esses dados atestam que o HIV/AIDS tem desencadeado uma epidemia mundial muito mais extensa do que se previa há uma década atrás.

Até dezembro de 2001, o número estimado de adultos e crianças falecidos, em todo o mundo, foi de 3 milhões. É estimado, ainda, que se eleve para 42 milhões o número de pessoas que vivem com o HIV, em todo o mundo.



Ainda, segundo a Organização Mundial da Saúde (2002), o número estimado de adultos e crianças que viviam com o HIV/AIDS, no fim de 2002, na América Latina, correspondia a 1 milhão e 500 mil pessoas portadoras, com uma porcentagem de 30% de mulheres HIV positivas. O número estimado de novos casos de infecção pelo HIV em adultos e crianças, no mesmo ano, foi de 150 mil casos.

A epidemia, na América Latina e no Caribe, está bem reconhecida e calcula-se que, na região, hoje, 1,9 milhões de adultos e crianças vivem com o HIV. Esse dado inclui as 210.000 pessoas que, segundo as estimativas, contraíram o vírus em 2002 (OMS, 2002a).

No Brasil, o crescimento do número de casos de AIDS vem caracterizando-se como uma ameaça à saúde individual ou coletiva e como um agravante ao já delicado quadro de saúde do país, pois a doença vem disseminando-se horizontal e verticalmente, atingindo, progressivamente, regiões antes pouco ou nada atingidas, assim como grupos de indivíduos cada vez mais diversos (BRASIL, 1999a).

No período de 1980 a 2002, foram notificados, em todo o Brasil, 257.780 casos acumulados da doença. Na faixa etária de 13 anos ou mais de idade, 180.531 casos ocorreram em pessoas do sexo masculino e 68.528 em pessoas do sexo feminino. Em indivíduos menores de 13 anos o número de casos de AIDS foi de 8.721 (BRASIL, 2002b).

A modalidade de transmissão sexual é a principal via de transmissão do HIV, no Brasil. No período de 1980 a 2002, no total acumulado de casos notificados de AIDS, essa modalidade de transmissão foi a predominante, representando 63,5 % para o Brasil (BRASIL, 2002b).

Em 1984, conforme dados do Ministério da Saúde, dentre as categorias da modalidade de transmissão sexual, a homossexual representou 71% dos casos notificados, constituindo-se na principal categoria responsável

pela disseminação do HIV (BRASIL, 2000a). Devido a esse fato, a doença foi caracterizada como a “peste gay”. Progressivamente, essa participação vem-se reduzindo, tendo sido ultrapassada, a partir de 1992, pela categoria heterossexual. Em todo o território nacional, do total acumulado de casos notificados, a categoria homossexual representa 15,2%, contra 40,4% da heterossexual (BRASIL, 2002b).

Quando se analisam os dados referentes à modalidade de exposição segundo o sexo, em indivíduos com 13 anos de idade ou mais, no período de 1980 a 2002, verifica-se que, do total de casos de AIDS acumulados, notificados no sexo masculino e no sexo feminino, a modalidade de transmissão sexual representa 58,0% e 86,2% dos casos, respectivamente. No ano 2001, o percentual de casos de AIDS na modalidade de transmissão sexual, em indivíduos do sexo masculino, foi de 65,8% e, no sexo feminino, de 93,5% (BRASIL, 2002b).

É interessante se ressaltar que a categoria homossexual possui, atualmente, um crescimento relativamente estável ano a ano, enquanto a categoria heterossexual cresce em maior velocidade. A categoria homossexual continua a ocupar o segundo lugar em número acumulado de casos de AIDS e, a heterossexual, o primeiro lugar em número acumulado de casos de AIDS, na modalidade de transmissão sexual (BRASIL, 2000b).

O Brasil oferece um exemplo especialmente positivo em desenvolver programas de prevenção do HIV/AIDS em homens que têm relações sexuais com homens, com esforços dirigidos, também, para diminuir a vulnerabilidade, o estigma e a discriminação que sofrem os homossexuais (OMS, 2002a).

Sabe-se que, essa categoria carregou e carrega o peso da responsabilidade de disseminar o vírus em outras categorias, atualmente em menor intensidade, pois o rótulo de a AIDS ser uma doença de homossexuais continua no imaginário de muitas pessoas até os dias atuais. A importância das campanhas, nesse processo, contribuiu para se reduzir o número de novas

contaminações. Entretanto, não se pode esquecer do importante papel que as Organizações Não Governamentais (ONGs) tiveram nesse processo. Os objetivos foram alcançados, entretanto, devido à organização dos homossexuais em defesa de sua vida e não, exclusivamente, a campanhas com resultados isolados que são indiscutivelmente relevantes, mas com atuação de modo esporádico. Ao que se sabe, não há tempo para se esperar resultados isolados. Deve-se investir no esforço para que se desenvolva uma consciência de vulnerabilidade individual e coletiva.

A progressão da epidemia nas categorias heterossexual e bissexual torna-se um elemento de grande importância epidemiológica na disseminação do HIV, uma vez que influencia, diretamente, o aumento de casos em mulheres.

Do crescente número de casos de HIV/AIDS em heterossexuais atualmente registrados, existem dúvidas quando a veracidade dessa informação, uma vez que muitos indivíduos podem negar sua orientação sexual (homossexualidade ou bissexualidade) em virtude do preconceito existente em nossa sociedade contra essas categorias. Castilho e Chequer (1997, p.9) levantam a hipótese de que muitos casos notificados como heterossexuais devem-se ao que eles chamam de “erro de classificação.” Esses autores citam Parker, segundo o qual “muitos homens que fazem sexo com homens, dentro dos padrões culturais definidos pela sociedade brasileira, não se referem homossexuais.” O certo é que a bissexualidade tornou-se uma ponte real para a contaminação de mulheres que acreditam na fidelidade de seu companheiro/esposo.

O preconceito acima referido foi evidenciado em estudo realizado com estudantes universitários (SOARES, 1995). Quando investigados acerca da sua preferência sexual, muitos deles omitiram sua real opção sexual. Esse fato foi detectado quando a pesquisadora cruzou a variável opção sexual com a variável prática sexual vivenciada, identificando, assim, através desse cruzamento, a adoção de práticas sexuais que caracterizavam o comportamento homossexual e

bissexual (sexo anal ativo e passivo) daqueles que diziam ser heterossexuais. Assim, foi verificado que

o comportamento heterossexual encontra-se dentro dos padrões normais estabelecidos pela sociedade; já o homossexual e o bissexual fogem às regras estabelecidas. Deste modo, a discriminação e o preconceito talvez levem estes indivíduos a não assumirem tal comportamento (SOARES, 1995, p.56).

Nos últimos anos, a infecção pelo HIV vem demonstrando, em âmbito local, nacional ou mundial, importantes tendências. Entre essas mudanças, ressalta-se o aumento da ocorrência de casos de HIV/AIDS em mulheres em idade reprodutiva, decorrente do aumento de casos na modalidade de transmissão heterossexual, a partir de 1991. Pode-se observar que, no período de 1994 a 1998, o percentual de crescimento do número de casos de AIDS, em mulheres, foi da ordem de 75,3%, enquanto, entre os homens, no mesmo período, foi de 10,2% (BRASIL, 1999b).

Essas mudanças ocorridas no perfil epidemiológico da AIDS refletem uma nítida expansão da doença no sexo feminino, demonstrando a inserção da mulher na epidemia da AIDS, no Brasil, e modificando o quadro epidemiológico em relação à mulher, observado na progressiva redução da razão de sexo que, em 1985, era de 25 homens para 1 mulher e, em 2002, de 1,7 homens para cada 1 mulher (BRASIL, 1998b e 2002a).

Conforme projeção realizada pelo Ministério da Saúde, para o ano 2000, 75% a 80% das infecções pelo HIV decorreriam da relação homem/mulher, o que significaria um crescente aumento de mulheres contaminadas em idade fértil e o nascimento de muitas crianças, também contaminadas, devido à transmissão do vírus pela mãe (BRASIL, 1993). Atualmente, são 68.528 os casos de mulheres infectadas, sendo a transmissão sexual responsável por 86,2% dessas infecções de 1980 a 2002. Esse índice foi maior em 2002, quando 93,5 das mulheres com mais de 13 anos de idade com

AIDS tiveram, como meio de transmissão ao HIV, a via sexual (BRASIL, 2002b).

Em relação à transmissão sexual, meio responsável pelo maior número de casos de AIDS, é necessário que a prevenção seja consciente para ambos, mulher e homem. Considera-se que, não só a mulher tem a responsabilidade sobre a decisão de proteger-se do HIV, mas, ambos devem assumir esse compromisso. Esse fato é retratado em estudo realizado com mulheres que referiram a necessidade de se trabalhar a prevenção da AIDS na população masculina, afirmando, ainda, que a conscientização “é um dos requisitos básicos para o autocuidado e o início das ações voltadas para se prover o autocuidado referente à AIDS”.(JULIÃO et al., 1999, p.101).

A transmissão sexual constitui a principal categoria de exposição entre as mulheres. Pode-se constatar que a transmissão do HIV para essas mulheres ocorreu devido à conduta sexual de seu parceiro, como multiplicidade de parceiras, ou mesmo, pelo uso de drogas injetáveis. Para Guimarães (1996b), esse grupo é a maioria; entretanto, pouco se tem divulgado, nem tão pouco gerado medida preventiva específica para esse caso. O que se verifica, na maioria das vezes, são trabalhos direcionados aos ditos “comportamentos de alto risco”, como nos casos das profissionais do sexo ou de mulheres com múltiplos parceiros.

Vermelho, Barbosa e Nogueira (1999) referem que apenas a mulher em idade reprodutiva vem sendo alvo de preocupação, em virtude dos filhos infectados que ela está gerando ou vai gerar. Comentam, ainda, os autores que as demais mulheres, como as donas de casa, mães de família e, em especial, as pobres, estão sendo negligenciadas. De maneira geral, pouca atenção tem-se dado ao impacto da AIDS sobre elas, principalmente quanto aos aspectos relativos aos métodos de prevenção (SHERLOCK, 1996). Não se sabe, ao certo, quantas mulheres são contaminadas pelo companheiro/esposo, nem quantas serão contaminadas nos próximos anos.

Verifica-se que, no Brasil, a segunda modalidade de transmissão mais freqüente é a sangüínea – 18,9% do total acumulado de casos notificados de AIDS, no período de 1980 a 2002. Essa via de transmissão vem demonstrando, ao longo dos anos, um declínio como causa de ocorrência de AIDS. Segundo Castilho e Chequer (1997), essa diminuição se deu, inicialmente, devido às ações de intervenção, por meio da seleção e testagem do sangue, e, também, pelo processo de inativação do vírus nos hemoderivados. O controle rigoroso do sangue e hemoderivados, através dos testes laboratoriais, para se detectar os anticorpos anti-HIV, contribuiu, efetivamente, para mudar o perfil epidemiológico dos receptores de sangue e dos indivíduos que necessitam de receber o fator 8, como os hemofílicos.

O aumento de casos de AIDS em heterossexuais e no sexo feminino faz-se acompanhar de um número, cada vez maior, de crianças infectadas, perfazendo 2,90% do total de casos acumulados dessa doença, de 1980 a 2002. Muitas crianças se tornaram órfãs em decorrência da contaminação de seus pais. A transmissão do HIV pode ocorrer durante a gestação (intra-útero), durante o parto, ou, após o parto, através da amamentação (CASTILHO; CHEQUER, 1997). A primeira ocorrência de transmissão perinatal, em âmbito nacional, foi registrada em 1985, no Estado de São Paulo (BRASIL, 1996), aproximadamente três anos após o primeiro caso de AIDS notificado em mulheres.

A transmissão do HIV de mãe para filho (transmissão vertical) é responsável por 85,9% das infecções produzidas em menores de 13 anos (BRASIL, 2002b). O risco de transmissão varia de 15% a 30% em crianças que não recebem leite materno. Quando estão sendo amamentadas, esse risco aumenta em 10 a 15% (OMS, 2002b).

O grupo etário de 20 a 49 anos, ou seja, o de mulheres em idade produtiva e reprodutiva, foi o mais atingido pela AIDS, no período de 1980 a 2002, perfazendo 83,9 % do total de casos notificados dessa doença, no Brasil. Estudos sobre o tema demonstram que elas possuem dificuldades na assiduidade



para o tratamento da AIDS justamente por serem, em sua maioria, arrimo de família, por trabalharem em empregos irregulares e por serem responsáveis por filhos, marido e outros membros familiares, em detrimento do próprio cuidado pessoal (BRASIL, 2002b).

Nos últimos anos, houve uma diminuição do número de óbitos causados pela AIDS, quando comparados com os primeiros anos da eclosão da epidemia. Essa tendência coincide com a introdução da terapia de medicamentos anti-retrovirais distribuídos gratuitamente pelos serviços de saúde de cada Estado brasileiro. Os dados evidenciam claramente o fato, quando, em 1994, antes da adoção dessas drogas, do total de indivíduos com AIDS, 60,8% chegavam a óbito, tendo esse índice diminuído para 11,2%, em 2002 (BRASIL, 2002b). Com o uso sistemático das drogas, os dados demonstram, claramente, um declínio das taxas de mortalidade.

Segundo dados oficiais, desde 1995, a taxa de mortalidade por AIDS vem caindo, em virtude de novas alternativas de tratamento (terapias anti-retrovirais). No entanto, essa redução não é igual para homens e mulheres. Entre 1995 e 1996, a mortalidade por AIDS continuava a aumentar entre as mulheres. Após 1996, embora tenha havido uma diminuição, não tem mostrado a mesma magnitude da observada entre os homens. A mulher com AIDS possui um tempo de sobrevida menor, quando comparado com o do homem (ANDERSON, 1998; GÓMEZ, 1998), devido ao diagnóstico tardio da doença, ao seu difícil acesso aos serviços de saúde e, também, à negligência do seu próprio cuidado (GÓMEZ, 1998). Fonseca e Barreira (2000) descrevem alguns fatores importantes para explicar a menor taxa de sobrevivência nesse grupo, como o percentual de mulheres entre os casos de AIDS: as diferenças ao acesso às informações, aos meios de prevenção e aos exames laboratoriais; a qualidade da assistência prestada; a adesão ao tratamento, dentre outros.

A situação da mulher diante da AIDS tornou-se de suma gravidade, pois essa enfermidade constitui a primeira causa de óbitos em mulheres na faixa

etária de 15 a 49 anos de idade. Esse fato demonstra que a AIDS coloca as mulheres em lugar de destaque nessa epidemia e, mais grave ainda, naquelas das camadas mais jovens da população feminina. Verifica-se que as taxas de contágio na população feminina estão crescendo em um ritmo mais acelerado do que nos homens (GÓMEZ, 1998).

Tabora (1998, p.61) afirma que as doenças relacionadas com a AIDS são a segunda causa de morte mais importante, por enfermidades infecciosas, nos países em desenvolvimento, e estima “que poderão chegar a ser responsáveis pela metade de todas as mortes, no ano de 2010”.

A AIDS constitui uma enfermidade que acarreta sérias conseqüências físicas e sociais para os pacientes. A incidência da AIDS em adultos jovens e crianças acarretarão sérias conseqüências, como a perda de anos potenciais de vida (GOTLIEB; CASTILHO; BUCHALLA, 2002a). A estimativa da esperança de vida ao nascer em 2000, para o Brasil, foi igual a 69,41 anos, sendo 65,5 e 73,64 anos, respectivamente, para homens e mulheres. Os óbitos por AIDS representaram 1,41% do total de mortes. Com isso, a perda de anos de vida ao nascer em conseqüência da doença correspondeu a 0,24 ano. O impacto da AIDS na esperança de vida seria de 65,8 anos, enquanto que sem a exclusão da AIDS, seria de 65,5 anos. Assim, houve uma perda de 0,3 ano e a expectativa de vida é 0,5 menor em função da presença da doença (GOTLIEB; CASTILHO; BUCHALLA, 2002b).

Na Paraíba, o primeiro caso conhecido de AIDS ocorreu em 1985. Da mesma forma que vem ocorrendo em âmbito mundial ou nacional, verifica-se, nesse Estado, um aumento preocupante do número de casos novos, a cada mês, sendo tratados como uma doença endêmica, com uma incidência atual de 6,42/100.000 habitantes (LUCIO, 2001).

No período de 1989 a 1990, observou-se tendência semelhante ao comportamento nacional, no Estado da Paraíba, no que se refere à modalidade



sexual. A partir de 1991, evidenciou-se um crescimento do número de casos de AIDS na categoria heterossexual, superando o número de casos da homossexual. É interessante evidenciar-se que, em 1996, a categoria bissexual ultrapassou o número de casos de AIDS da homossexual, ocupando o segundo lugar, em número de ocorrências (PARAIBA, 2002).

Analisando-se os dados referentes à transmissão sexual, verifica-se que o aumento de casos de AIDS notificados na categoria heterossexual se deu mais precocemente na Paraíba do que no restante do país. Essa tendência foi constatada em estudo realizado por Cunha, Soares e Cavalcanti (1993), com dados de junho/85 a maio/93, em que se verificou que a categoria heterossexual representava 34,3% dos casos de AIDS, contra 30,8% da categoria homossexual. Atualmente, as categorias homossexual e heterossexual representam 16,6% e 47,1% do número de casos de AIDS, respectivamente.

Os dados já demonstravam uma tendência da Paraíba para o aumento de casos de AIDS nas categorias heterossexual e bissexual, assim como a sua influência futura no aumento de ocorrências dessa doença em mulheres. Ao longo das décadas de 1980 e 1990, os números retrataram a ameaça que o HIV representava para a saúde da mulher, demonstrando, conseqüentemente, a importância da efetivação de ações preventivas contra o HIV/AIDS.

Na Paraíba, essa mudança no perfil epidemiológico da doença é constatada na progressiva redução da razão homem /mulher, que, em 1988, era de 10 homens para 1 mulher e, em 2002, diminuiu para 3 homens para cada mulher infectada pelo HIV (PARAIBA, 1998, 2002). Os dados evidenciam que, desde 1990, essa razão vem-se mantendo em níveis relativamente estáveis. Estudo semelhante, realizado por Cunha, Soares e Loureiro (1993), já evidenciava essa diminuição da razão por sexo.

No Estado, a segunda modalidade de transmissão mais freqüente constatada foi a perinatal. Essa modalidade tem sido a maior responsável pelos

novos casos de AIDS em menores de 13 anos. Em 1992, o Estado da Paraíba apresentava seu primeiro registro de AIDS, através da transmissão vertical, passando para 42 casos notificados em 2002, representando cerca de 2,9 % das ocorrências oficiais (PARAIBA, 2002). Segundo especialistas, o número de casos de gestantes infectadas é superior ao divulgado oficialmente no Estado, alcançando mais de 30% (CRESCER..., 2001).

Os casos de AIDS ocorrem numa proporção de 91,7 % em indivíduos em idades de 20 a 49 anos, no Estado da Paraíba (PARAIBA, 2002).

A tendência de redução do número de óbitos na Paraíba não foi observada como no âmbito nacional, pois aqui os índices são mais elevados. Dos casos acumulados de 1980 a 2000, 55,1% dos homens e 45,0% das mulheres foram a óbito, numa proporção, por sexo, de 4 homens para cada 1 mulher (PARAIBA, 2000, 2002). Os doentes estão vivendo mais com a doença devido ao coquetel de medicamentos anti-retrovirais. Dados nacionais mostram que a sobrevida cresceu 12 vezes, de 5 para 58 meses nos últimos anos (NÚMERO... 2002).

A AIDS apresentou, além da heterossexualização e da feminilização, outras características importantes que modificaram seu perfil, como o fato de seu início ser quase restrito às grandes cidades. Já na década de 1990, apresentou-se, gradativamente, a modificação desse perfil, aparecendo os primeiros casos de AIDS em cidades do interior do país, levando-a à interiorização geográfica. Essa tendência foi evidenciada quando, em 1985, existiam apenas 10 municípios no país com casos de AIDS registrados. Dez anos após, em 1995, esse número passou para 950. Já em 2001, foram computados 3.423 municípios brasileiros com, pelo menos, um caso de AIDS (DOSSIÊ MULHER E AIDS, 2002a). Outra característica de consenso nacional foi a pauperização dos infectados, isto é, um número cada vez maior de pessoas que vivem em péssimas condições econômicas são acometidos pelo HIV. População está diretamente afetada pela exclusão social, desemprego ou subemprego, carência de moradia, baixo nível

educacional, além de vivenciarem o difícil acesso aos bens de serviços de saúde. O grau de escolaridade foi também uma variável que se modificou nesse período, aumentando consideravelmente o número de pessoas infectadas com baixa escolaridade, principalmente com o Primeiro Grau e uma diminuição desse número nas de Nível Superior (BRASIL, 1998b). Em 2002, 51.3% dos homens e 67,1% das mulheres infectadas, com 19 anos ou mais, possuíam o Primeiro Grau. Essa modificação no perfil da AIDS tornou-se um fenômeno patente, já que identificável através dos levantamentos dessa doença, refletindo, assim, o direcionamento que ela tomou (BRASIL, 2000b).

## 2.2 Vulnerabilidade feminina ao HIV e fatores de risco para a AIDS

Para se compreender a evolução da AIDS, em mulheres, é necessário buscar-se um entendimento sobre a vulnerabilidade feminina, que constitui um fato real para a Saúde Pública em nosso país, necessitando-se, assim, de uma melhor compreensão dos fatores que colaboram para essa vulnerabilidade.

As diferenças entre homens e mulheres são observadas desde a infância, quando cabe à menina reproduzir o papel de mãe, através das brincadeiras de bonecas e, aos meninos, as brincadeiras que reproduzem o poder físico. A mulher é educada para ser o sexo frágil e ser tratada como tal, interfere em suas relações com o parceiro, fazendo com que ela fique em uma situação de dependência vital frente ao homem (BETANCES, 1998, p.52).

A diferença entre a sexualidade masculina e a feminina tem sua origem em tempos remotos, relacionada com as funções que assumem homem e mulher na procriação. Até os dias atuais, a cultura ocidental reflete os preconceitos e a discriminação que permeiam as relações entre homens e mulheres, interferindo no poder decisório delas, em relação à sua sexualidade (VILLELA, 1999).

O surgimento de medidas contraceptivas e a implantação dos programas de planejamento familiar, a partir da segunda metade do século XX, contribuíram para mudanças no comportamento das mulheres, proporcionando-lhes maior liberdade para o exercício de uma sexualidade, independentemente de uma união socialmente aceita. O fato de se poder ter relações sexuais, sem necessariamente engravidar, efetivou uma luta pelo direito de se vivenciar experiências sexuais até então impossíveis de se cogitar, como o sexo com prazer e sem uma conseqüente gravidez indesejável.

Villela (1999, p.7) enfatiza, de modo sucinto, a liberação sexual da mulher, dizendo:

A produção feminina dos anos 70 a 80 tematiza a sexualidade como um direito, pontua o exercício desse como pré-requisito para a tomada de consciência das mulheres sobre si, como sujeitos, e situa a repressão à sexualidade como uma estratégia de dominação, que produz uma subjetividade particular à feminilidade.

Hoje se vivencia uma etapa diferente daquela da eclosão da epidemia da AIDS, vivendo os heterossexuais sob os riscos de contraírem o HIV, independentemente da prática sexual adotada. A população feminina, estatisticamente, vem-se destacando pelo aumento do número de casos de AIDS (BRASIL, 2000b).

As mulheres brasileiras continuam sem perceber os riscos que correm, através do sexo sem proteção, e não se concebem vulneráveis, principalmente quando existe o cumprimento do seu papel socialmente estabelecido: o amor monogâmico e sua dedicação doméstica (PAIVA et al., 1998).

Dentre os principais conceitos do campo da promoção da saúde, a vulnerabilidade é percebida como a pouca ou nenhuma capacidade que uma pessoa, ou grupo social tem de decidir sobre sua situação de risco. A

vulnerabilidade está diretamente relacionada aos fatores culturais, sociais, políticos, econômicos e biológicos (BRASIL, 1999c).

Vários aspectos são enfatizados, pela literatura especializada, como responsáveis pela disseminação do HIV, na população feminina. Alguns fatores afetam diretamente a mulher: sua subordinação sexual ou, propriamente, as diferenças entre a cultura sexual do homem e a da mulher; as condições sociais desta; sua vulnerabilidade biológica, econômica e social (GÓMEZ, 1998; VILLELA, 1998; PAIVA et al., 1998).

Segundo Galvão (1998), a infecção pelo HIV envolve outros fatores que não são devidamente abordados e que se somam a outras condições que expõem as mulheres a situações de vulnerabilidade. Entre elas, destaca a autora, a baixa escolaridade, o difícil acesso ao mercado de trabalho, a iniciação sexual precoce, a alta incidência de gravidez na adolescência, o aborto, o câncer do colo uterino, a limitada adesão ao condom masculino, a presença de doenças sexualmente transmissíveis, a violência doméstica e sexual.

Como consequência de suas dificuldades econômicas, o acesso à educação torna-se inviável para a maioria. Sem a educação, é violado o direito de a mulher lutar por melhores e mais igualitárias condições de vida. Sem educação, ela dificilmente terá condições de ascender profissional, social e culturalmente, além da probabilidade de conviver com a pobreza, que é um grave fator que contribui para excluí-la de uma vida mais digna e de qualidade. A falta de educação gera, também, a desinformação que, por sua vez, leva aos riscos para si própria e para sua família.

Essas diferenças concorrem, também, para a inserção da mulher, em condições desfavoráveis, no mercado de trabalho, com remunerações muitas vezes mais baixas do que as dos homens. Devido a suas péssimas condições sociais, a mulher se sujeita a empregos instáveis, de pouca remuneração, enfrentando dificuldades para uma melhor qualificação profissional. Sua

dependência econômica em relação a seus parceiros contribui para sua vulnerabilidade, refletindo a falta de poder para que ela demande proteção, estabeleça limites e parâmetros na relação com o companheiro (VILLELA, 1998). Quanto à dependência econômica, Betances (1998) destaca que a mulher que depende financeiramente de um homem é a mais vulnerável de todas. Gómez (1998) refere que esse fato dificulta o acesso equitativo e igualitário da mulher aos serviços sociais, como educação, seguridade social, destacando-se a saúde.

A desigualdade econômica se reflete, também, na destinação de recursos para controle da epidemia do HIV, contribuindo para aumentar a distância entre países industrializados e em desenvolvimento. Para exemplificar essa desigualdade, Betances (1998, p.51) relata que, em 1992, 90% dos recursos destinados ao gasto em prevenção e investigação sobre AIDS, foram entregues aos países mais ricos, e, apenas 10%, aos países em desenvolvimento, apesar de esses últimos representarem 75% da população mundial. O autor acrescenta, ainda, que “esse problema se origina das desigualdades na distribuição de riquezas, poder e autonomia. Quanto maiores as diferenças, mais fragmentadas são as sociedades, e, muito mais rápido se expande o HIV”.

A trajetória social dos sexos (masculino e feminino), ao longo dos anos, tem determinado a desvalorização da mulher e sua subordinação ao sexo masculino. Segundo Gómez (1998) e Betances (1998), a subordinação das mulheres as coloca em risco durante toda a sua vida, pois, na medida em que perduram as diferenças de poder entre os sexos, enraizadas profundamente em nossa cultura, elas continuam impedidas de decidir sobre sua vida sexual, sua maternidade, seu corpo. “A subordinação da mulher, na sociedade, ostenta uma qualidade de cidadania de segunda ou terceira categoria” (GÓMEZ, 1998, p.2).

A cultura sexual leva homens e mulheres a vivenciar situações de risco para a infecção pelo HIV, em razão da negligência da conduta sexual do homem, que se relaciona, em geral, com mais parceiros sexuais que as mulheres;



e, das mulheres, por não perceberem certos riscos para o HIV, seja por seu desconhecimento sobre a AIDS, seja pelo poder do homem sobre ela.

As diferenças entre os sexos em muito dificultam o poder de decisão das mulheres em optar por um relacionamento sexual seguro relata que muitas mulheres, casadas ou solteiras, citam ameaças de violência, ou medo de violências, como razões para não insistirem em um sexo mais seguro, mesmo quando sabem que há risco de se contaminarem com o HIV.

Em estudo realizado com mulheres infectadas pelo HIV, Vermelho, Barbosa e Nogueira (1999) verificaram que a percepção do risco e as práticas de prevenção não fizeram parte de sua vida, nos períodos anteriores à infecção pelo HIV, mesmo diante do conhecimento da epidemia provocada por esse vírus, como também daquelas que tinham dúvidas sobre o comportamento sexual e o uso de drogas por seus parceiros sexuais. Eles lembram que a vulnerabilidade feminina não se dá exclusivamente pela maior viabilidade de transmissão do vírus, mas, também, por um diagnóstico e uma assistência tardia, diminuindo o tempo de vida da mulher e afetando sua qualidade de vida.

A superação desses obstáculos possivelmente protegerá as mulheres dos riscos de contraírem a AIDS, porém, aquelas que não conseguem vencê-los, segundo Berer (1998), ajudam a construir uma imagem que, para ele, autoperpetua as mulheres como vítimas. Gómez (1998) refere que a vulnerabilidade biológica está intimamente relacionada com a vulnerabilidade social e sexual das mulheres.

Biologicamente, a mulher é mais vulnerável ao HIV, em virtude da grande superfície exposta da vagina e do cervix. Além disso, o sêmen possui uma concentração mais alta de carga viral de HIV do que as secreções vaginais ou cervicais (BETANCES, 1998; WHO, 1994). Além desses aspectos, ela corre um risco dobrado para se contaminar pelo HIV, não só pela infidelidade do esposo em relação a outras mulheres, mas, também, em relação a outros homens.



Alguns deles não conseguem assumir a sua homossexualidade, e, casando-se, geram filhos como uma saída para mascarar a situação. A bissexualidade masculina contribui significativamente para o aumento da infecção entre mulheres (WHO, 1994).

Fisiologicamente, o organismo da mulher é mais propenso à contaminação pelo HIV do que o masculino. Essa vulnerabilidade é retratada por diversos estudos (GÓMEZ, 1998; LASKI, 1998; PETERMAN et al., 1988; PADIEN et al., 1987; REDFIELD et al., 1986), segundo os quais, ela constitui um fator que contribui consideravelmente para a disseminação do HIV no sexo feminino.

Spring, Ferreira e Pereira (1999) estimam, ainda, que as chances de transmissão do HIV, após a exposição pela relação heterossexual sem relação anal, é 3 a 15 vezes menor no homem do que na mulher.

Diversos autores evidenciam a maior probabilidade de a mulher se infectar pelo HIV. Segundo Betances (1998); Rosa et al. (1999), a taxa de transmissão do HIV/AIDS é 2 a 4 ou 5 vezes mais alta do homem para a mulher, do que da mulher para o homem. A maior parte dos casos de AIDS, em mulheres, deve-se à transmissão heterossexual, incluindo-se os parceiros bissexuais, os usuários de drogas injetáveis, os promíscuos, os hemofílicos e a própria promiscuidade feminina.

O aumento do risco de transmissão sexual depende do tipo de atividade sexual, da probabilidade de que um dos membros esteja infectado, da quantidade de vírus presente no organismo do parceiro infectado, da presença de outras doenças sexualmente transmissíveis e de lesões genitais (SPRING; FERREIRA; PEREIRA, 1999; OMS, 1990; OMS, 1993).

Os fatores de risco, que são elementos úteis para se prever a ocorrência da doença, necessariamente não precisam ser causas. Sua simples presença permite prever-se a probabilidade de o indivíduo vir a adoecer,

podendo não significar que ele esteja extremamente propenso a ter a doença (FLETCHER et al., 1989). Sua importância está no fato de que podem ser observáveis ou intensificáveis, antes do evento que predizem (BACKETT et al. 1985).

Ortiz (1988, p.450), descreve em seus postulados, que os “Indivíduos ou grupos expostos a um maior risco de dano a sua saúde devem ser identificados, oportunamente, o que permite uma ação preventiva de vigilância ou tratamento, diminuindo, assim, as probabilidades de danos”.

O autor enfatiza, ainda, que, nem todos as pessoas, famílias ou comunidades possuem a mesma probabilidade ou risco de adoecer ou morrer de AIDS, mas, para uns, essa probabilidade é maior que para outros, aumentando quando há exposição ao HIV devido à própria conduta sexual ou mesmo à de seus companheiros.

Para Fletcher et al. (1989), os fatores de risco são encontrados, tanto no ambiente físico como no social. Entre outros, estão os fatores comportamentais que podem influenciar a ocorrência de eventos indesejados. Em relação aos fatores do ambiente social, encontram-se os aspectos culturais do indivíduo, relacionados com suas crenças, atitudes e conhecimentos, que podem influir em sua postura, enquanto ser humano que vive e convive numa sociedade em que os padrões comportamentais estão intimamente ligados ao risco de agravos à saúde.

Todas as práticas sexuais carregam consigo algum risco para a transmissão do HIV. Alguns dados sugerem diferenças nesse risco relativas às diferentes formas de relações sexuais. O nível preciso de risco associado a cada prática sexual é ainda desconhecido (OMS, 1990).

Podem-se descrever alguns comportamentos que são considerados de alto risco para a transmissão do HIV em mulheres. Entre eles encontra-se a bissexualidade do parceiro, que coloca, conseqüentemente, as mulheres entre os

indivíduos de uma alta vulnerabilidade para adquirir o HIV. O risco está na prática sexual vivenciada pelo bissexual: o sexo anal receptivo ou ativo (GUIMARÃES, 1994).

Outro aspecto que contribui para aumentar a vulnerabilidade da mulher são as doenças sexualmente transmissíveis, que se destacam como cofatores que facilitam a transmissão do HIV através das relações sexuais. (BALDY, 1991). Essa infecção é freqüentemente mais assintomática na mulher do que no homem, o que predispõe a mulher a se infectar com mais facilidade. (SMELTZER; BARE, 2002).

Estudo realizado na África demonstrou que o simples fato de se diagnosticar e tratar as DST reduz em cerca de 42% a incidência de novos casos de AIDS (GROSSKURTH et al., 1995). Isso demonstra que o controle das DST é eficaz para reduzir os riscos de se contrair a AIDS, pois a alta concentração de DST nos países africanos é apontada como responsável pela razão homem/mulher igual a 1, tornando imprescindíveis ações de prevenção dessas doenças (BARBOSA, 1999).

A mulher apresenta, além de um risco maior de contrair o HIV, maior probabilidade de desenvolver a doença. Segundo Biolo, Seligman e Spring (1999), há indícios de que haja diferenças entre homem e mulher com relação ao sexo e à viremia. A AIDS tende a evoluir mais rapidamente na mulher que no homem, quando as contagens virais são equivalentes. Quanto maior a viremia plasmática, mais rápida será a perda dos CD4.

Devido, talvez, aos fatores acima abordados, podem-se evidenciar diferenças quanto à transmissão do HIV de pessoa para pessoa e de sexo para sexo. Padian (1987) e a OMS (1990) alertam que alguns indivíduos possuem um potencial de transmissão maior que outros. Também existem pessoas que são mais susceptíveis de contrair o HIV do que outras. É importante destacar-se que algumas pessoas não foram contaminadas pelo HIV, apesar de realizarem vários

contatos sexuais com parceiros contaminados, porém, por outro lado, outras foram contaminadas após um único contato desse gênero. Peterman et al. (1988, p.57) destacam que, “ao contrário de muitos cônjuges que não se infectaram, apesar de freqüentes contatos sexuais desprotegidos, algumas pessoas se infectaram após poucas relações”.

A OMS (1991, p.18) alerta para os riscos de se contrair o HIV, quando refere que esses “processos muitas vezes não apresentam sintomas, especialmente em mulheres que, por esta razão, ignoram estarem enfermas”. Muitas mulheres correm riscos de contrair o HIV por não procurarem assistência médica e por serem assintomáticas. Os programas que tratam da saúde da mulher devem buscar estratégias para detectar precocemente infecções inaparentes.

Segundo Villela (1998, p.16), a epidemia da AIDS “é uma questão que afeta diretamente e indiretamente toda a humanidade. E a metade da humanidade está constituída por mulheres”.

### **2.3 Prevenção da AIDS**

No Brasil, o Programa de Controle da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida foi instituído pelo Ministro da Saúde, em âmbito nacional, através da Portaria nº 236, de 02 de maio de 1985 (PETROTTI, 1993). Dentre as estratégias estabelecidas pelo Programa de Controle da AIDS, estão: a prevenção em nível primário, que abrange todos os indivíduos que se enquadram em atividades sexuais ativas, até aqueles que apresentam negatividade para os anticorpos anti-HIV; a adoção de comportamentos seguros por pessoas que praticam abstinência sexual e por casais monogâmicos fiéis e negativos, que devem proteger sua condição de negatividade, evitando práticas sexuais de risco (NYAMATHI; FLASKERUD, 1992).

Prevenir a infecção pelo HIV significa adotar comportamentos seguros durante as relações sexuais. Esses comportamentos, também chamados de prática de sexo seguro ou sexo com proteção, incluem, também, qualquer prática sexual na qual não ocorre contato com sêmen, sangue ou secreções vaginais (SOARES, 1993).

A transmissão sexual constitui, hoje, o principal meio de contaminação. Kwan e Lowe (1992) apontam como importante saída para a prevenção da transmissão do HIV, a mudança de comportamento.

Portanto, evitar situações que possam expor a mulher ao risco de contrair o vírus constitui o ponto principal para a atuação na interrupção da transmissão do HIV, através do sexo. A OMS (1993) destaca três componentes essenciais para se prevenir a transmissão do HIV: a informação e a educação dirigidas a todos os homens e mulheres e aos indivíduos cujo risco de infecção é elevado em virtude do número de parceiros sexuais ocasionais; serviços sanitários que trabalhem para detectar outras DSTs; o uso de normas sociais protetoras, como a fidelidade recíproca; o uso apropriado do preservativo. Com relação à primeira orientação, pode-se constatar que as ações foram direcionadas apenas às mulheres que possuíam o risco de contrair o HIV através da multiplicidade de parceiros, apesar de muitas delas, mesmo sem vivenciar essa situação, estarem sendo contaminadas pelo HIV, por se sentirem isentas de riscos, devido a sua situação estável. Mesmo assim, os programas de prevenção continuaram a enfocar apenas o uso do preservativo, sem, contudo, direcionar as ações para minimizar os riscos de mulheres monogâmicas contraírem o HIV.

Indiscutivelmente, é necessário se buscar meios para se evitar contrair o HIV. Isso significa usar camisinha que, para Berer (1998, p.189), constitui “a única estratégia eficaz para se ter relações sexuais seguras, se um dos parceiros teve, está tendo ou terá relações sexuais com outros”.

Fischl (1991), Chamberland e Dondero (1987) citam outros meios para se prevenir do HIV, entre os quais, a redução do número de parceiros sexuais e a seleção dos mesmos. Tomando esses cuidados preventivos, o risco da infecção pode diminuir, porém, não desaparece, uma vez que ainda existe a chance de um dos indivíduos selecionados ser soropositivo para o HIV. O nível de segurança será maior quando essa prática for associada ao uso constante do preservativo, que tem sido recomendado como um método de barreira para o sêmen contra a transmissão sexual e aquisição do HIV (FISCHL, 1991; STONE; PETERSON, 1992).

O uso sistemático do preservativo é, sem dúvida, uma estratégia para se conter a epidemia. Entretanto, desde o início do desenvolvimento de programas de educação, alguns fatores contribuíram para obstaculizar as ações preventivas para a AIDS, entre os quais a ignorância da natureza da enfermidade, a negação da importância da AIDS para o indivíduo e a complacência da nação frente à magnitude do problema da AIDS (OMS, 1993).

As ações de prevenção para se conter a epidemia foram traçadas oficialmente, entretanto, não houve um planejamento que contemplasse as mulheres. Por isso, Parker e Galvão (1996) afirmam que, no Brasil, a omissão da responsabilidade do poder público em relação às mulheres e à AIDS é profunda, tanto no campo das políticas e dos programas oficiais do controle da AIDS, como nos serviços de saúde da mulher.

Segundo Schuch (1998), uma das maiores dificuldades da aplicação das medidas de prevenção contra a infecção pelo HIV provém da identificação da AIDS como uma doença relacionada com comportamentos desviantes ou marginais.

Esses fatores, atuando isoladamente ou em associação, constituem verdadeiras barreiras a serem enfrentadas na luta, a fim de que as medidas



preventivas possam contribuir para amenizar os efeitos nocivos à sociedade em geral.

A AIDS, nos últimos anos, apresentou evolução quanto a seu tratamento, melhorando consideravelmente a qualidade de vida das pessoas acometidas pela infecção. Entretanto, os anos se passaram e a prevenção continua a ser a única alternativa para prevenir a AIDS, como já referenciavam Feldblum e Fortney, em 1988. Prevenir a infecção pelo HIV é a única saída para sua contenção, uma vez que a cura dessa epidemia não apresenta perspectivas imediatas.

## **2.4 Modelo de Crenças em Saúde**

Diversas teorias de Psicologia Social são utilizadas para explicar o comportamento em saúde e as mudanças de comportamento individual. O Modelo de Crenças em Saúde foi construído para explicar e prever o comportamento preventivo em saúde, com foco no comportamento individual.

O modelo surgiu nos serviços de saúde dos Estados Unidos da América, na década de 1950, onde se direcionavam as atividades de saúde para o nível primário - a prevenção de doenças - com o objetivo de se responder à baixa adesão a esse programa por parte da população. Maiman e Becker (1974) consideram esse modelo uma aplicação das teorias psicológicas de decisão e alternativas comportamentais sobre saúde (DELA COLETA, 1995).

Foi desenvolvido, originalmente, por Hochbaum, Leventhal, Kegeles e Rosenstock, psicólogos sociais, com o objetivo de tentar explicar por que as pessoas saudáveis não se preveniam de doenças, apesar de os exames e consultas serem oferecidos gratuitamente ou com preços baixos para a população. Em 1966, o modelo foi publicado por Rosenstock, tendo como base para elaboração dos pressupostos a teoria de campo de Kurt Lewin. Os detentores do modelo



teriam que lidar com o comportamento de indivíduos que não estavam sofrendo doença que os incapacitasse, na atualidade, não devendo negligenciar o importante papel das barreiras que impediam a aceitação dos serviços de saúde. Entretanto, teriam que tentar explicar o comportamento das pessoas que estavam sendo pouco cobradas, ou mesmo daquelas que não eram cobradas pelo serviço (ROSENSTOCK, 1974).

Em 1974, um número especial da revista **Health Education Monograph** foi integralmente dedicado ao Modelo de Crenças em Saúde, onde diversos autores expuseram suas definições, considerações teóricas e críticas (Dela Coleta, 1995). Com esses ensaios, o modelo pôde ser analisado e discutido, além de que, segundo Strecher e Rosenstock (1997), proporcionou um considerável suporte para o modelo, por poder explicar o comportamento pertinente à prevenção e às respostas comportamentais relacionadas com os sintomas e o diagnóstico de doenças.

Os principais esboços do que depois veio a ser conhecido como Modelo de Crenças em Saúde tornaram-se compreensíveis à luz da perspectiva histórica proporcionada pela pessoa. A concepção implícita da teoria de Lewin era de que um indivíduo existe em um espaço composto de regiões, algumas positivamente valorizadas (valência positiva), outras negativamente valorizadas (valência negativa), e, ainda, outras relativamente neutras, e que o mundo do perceptor é que determinará o que o indivíduo fará ou não (ROSENSTOCK, 1974).

As forças psicológicas correspondem a uma relação entre, pelo menos, duas regiões do espaço de vida. Essa força depende das necessidades da pessoa e da natureza da região acometida. Se a região atrai a pessoa, existe uma valência positiva, e se a pessoa é afastada dela, uma valência negativa. A doença, quando representada no espaço de vida, estaria situada na região de valência negativa e seria necessária a influência de forças que movessem a pessoa para longe daquela região. Para a manutenção das atividades saudáveis diárias, seria

necessário se atraírem as forças positivas e repelirem as forças negativas. Com base nessas forças é que, através da construção do modelo, tenta-se explicar o comportamento preventivo das pessoas, em relação à sua saúde, levando-se em consideração o que elas pensam, para agir em benefício de si próprias.

O Modelo de Crenças em Saúde inclui um forte componente de inovação e do mundo perceptual do indivíduo. A orientação desse modelo está direcionada para o desenvolvimento de uma teoria, que, não só tenta explicar um problema de um programa particular de saúde, mas, que pode, também, ser adaptada a outros problemas (ROSENSTOCK, 1974). Esse modelo tenta identificar as variáveis que contribuem para uma melhor compreensão do comportamento na área de saúde.

Os autores do Modelo de Crenças em Saúde, anteriormente citados, acreditam que, além dos benefícios que o modelo proporcionou à população, a sua aplicação contribuiu, também, para aumentar os conhecimentos dos profissionais de saúde na área teórica e da pesquisa. A partir desses conhecimentos, eles puderam ter uma melhor compreensão do porquê e sob que condições as pessoas agem, para detectar, prevenir e diagnosticar doenças. Esse modelo, também, dá a oportunidade de se mostrar os tipos de pesquisa em comportamento, na área de saúde pública, que poderão ser desenvolvidos (LESCURA; MAMEDE, 1990).

Os mesmos autores ainda acreditam que a utilização desse modelo, na prática dos profissionais de saúde, terá mais sucesso, se esses profissionais compreenderem os motivos pelos quais os indivíduos exprimem comportamento preventivo.

Comportamento preventivo, em saúde, é definido como “qualquer atividade empreendida por uma pessoa que acredita estar saudável, com o propósito de prevenir ou detectar doenças em estágio assintomático”. Essa

definição de Kasl e Cobb (1966) foi a mesma utilizada por Rosenstock (1966), na revisão do Modelo de Crenças em Saúde.

Nosso conceito de comportamento preventivo em AIDS diz respeito às ações praticadas por uma pessoa saudável, com a finalidade de manter sua negatividade para o HIV, através da adoção de medidas protetoras para esse vírus.

Williams e Wechesler (1972) referem que, para se obter uma compreensão sobre o comportamento preventivo, torna-se extremamente importante que se entendam as variedades de ações preventivas, no sentido de se demonstrar como estão inter-relacionadas.

Os autores afirmam, ainda que, quando o comportamento se relaciona com a saúde, de maneira moderada e não em sua totalidade, a atenção pode estar voltada para a variável crença sobre a doença. As crenças sobre a saúde variam de pessoa para pessoa, de doença para doença, sendo, portanto, extremamente necessário que se identifiquem os fatores que, possivelmente, estão contribuindo para a ocorrência dessa diversificação de ações em saúde.

O modelo indica que o indivíduo sofre influência de suas crenças para tomar a decisão de evitar a doença, e que tais crenças interferem nessa decisão. Rosentock, (1974) parte da premissa básica de que, para que a pessoa emita comportamentos preventivos em relação a uma doença, necessita de acreditar que:

- é pessoalmente susceptível a ela;
- a ocorrência da doença deveria ter, no mínimo, moderada gravidade em algum componente de sua vida;
- a adoção de ação particular poderia, de fato, lhe ser benéfica, reduzindo sua suscetibilidade para a doença, ou, se a doença já ocorreu, reduzindo sua seriedade, o que implicaria vencer barreiras

psicológicas importantes, como custo, conveniência, dor, embaraço.

Com base nessas variáveis, poderá haver uma possibilidade da existência da influência do comportamento para se definir se o evento tornar-se-á subjetivamente motivado ou ameaçado. O Modelo de Crenças em Saúde é composto por quatro dimensões: susceptibilidade percebida, seriedade percebida, benefícios e barreiras percebidas (ROSENSTOCK, 1974).

Assim, torna-se necessário que se explique, resumidamente, cada componente do modelo, o que será feito, tendo por base os estudos dos seguintes autores: STRECHER; ROSENSTOCK (1977); MAIMAN; BECKER (1974); ROSENSTOCK (1960, 1974).

*A susceptibilidade percebida* é medida pela percepção individual dos riscos subjetivos do indivíduo para acreditar que poderá contrair uma dada condição de agravo à sua saúde. A pessoa percebe-se susceptível a uma determinada doença, podendo essa susceptibilidade variar de indivíduo para indivíduo, dependendo da aceitação do modo como essa pessoa acredita na possibilidade de contrair uma doença. Acreditar ser susceptível significa acreditar na possibilidade de se contrair uma doença. Existem pessoas que descartam, por completo, a possibilidade de adquirir uma doença. Outras admitem uma possibilidade estatística de adquirir esse mal, porém, pensam que, se o admitem, é pouco provável que aconteça. Existem, ainda, aquelas que admitem o risco real de contrair uma doença (ROSENSTOCK, 1966, 1974). Resumindo, Rosenstock (1974, p.330) declara que a susceptibilidade “se refere ao risco subjetivo de se contrair uma doença”.

A partir da perspectiva do Modelo de Crenças em Saúde (MCS), o comportamento adotado pelas mulheres HIV positivas foi delineado, a partir das suas crenças antes de contrair o vírus, sendo ele utilizado como parâmetro para se comparar as crenças em relação ao comportamento preventivo para AIDS, no

grupo de mulheres supostamente sadias para o HIV. A probabilidade de esse último grupo adotar medidas preventivas terá como base o que seus componentes acreditam como riscos pessoais para contrair a doença.

Em geral, as pessoas subestimam sua própria susceptibilidade para as doenças (REDDING, 2000). Com base em Redding, a dificuldade de as pessoas se perceberem em risco de contrair uma determinada doença pode-se constatar que, no caso do HIV/AIDS, há uma baixa percepção da vulnerabilidade a que a mulher está exposta atualmente. Esse fato é confirmado pelo quadro epidemiológico que se instalou em relação ao HIV/AIDS.

O crescente aumento do número desses casos, no gênero feminino, demonstra que muitas mulheres ignoraram o real risco de se expor ao vírus, além de se verificar que os órgãos competentes negligenciaram a importância de direcionar precocemente trabalhos preventivos para aquelas mulheres que se sentem distantes do HIV/AIDS, por serem casadas ou com parceiros fixos.

A variável *seriedade percebida* também pode variar de pessoa para pessoa. A seriedade pode ser julgada, tanto pelo grau de estimulação emocional, quanto pelo pensamento de um agravamento à saúde, como, também, pelo tipo de dificuldade que a pessoa acredita que uma dada situação de saúde poderá causar-lhe (ROSENSTOCK, 1974).

O termo *seriedade percebida* inclui, além da seriedade clínica ou médica da doença, as crenças em áreas como as das relações familiares, financeiras e ocupacionais. Uma pessoa deve considerar, por exemplo, a tuberculose, não como uma doença que é clinicamente tratável, mas como tendo profundas implicações em sua família, ou em sua vida profissional, financeira e em suas relações sociais (ROSENSTOCK, 1966, 1974).

A AIDS torna-se um exemplo bastante pertinente para esse enfoque, uma vez que, sendo uma doença que não tem cura, provoca danos à saúde física e mental da pessoa. Constitui uma doença que gera diversos sentimentos negativos,

desde o doloroso convívio com o preconceito, até o medo da morte. É necessário, portanto, que a pessoa a veja como uma doença que possui medidas preventivas eficazes para se evitá-la e que essas medidas serão benéficas para reduzir sua probabilidade de contrair o HIV.

A percepção individual de uma enfermidade dependerá do grau em que são vistas as conseqüências dessa doença na vida do indivíduo, ou da maneira como interferirá fisicamente e socialmente, levando-o a limitações por um determinado período de tempo, ou mesmo, definitivamente. O fato é que essa percepção sobre saúde depende efetivamente das pessoas, individualmente, umas de forma mais sutil, outras de forma mais complexa, considerando-se o efeito da doença no âmbito individual, familiar, no trabalho e socialmente (ROSENSTOCK, 1974).

***Benefícios percebidos*** ocorrem quando o indivíduo sente-se pessoalmente susceptível a um agravo e seriedade desse evento em sua vida. A soma desses dois elementos criará, no indivíduo, uma força que, possivelmente, o direcionará para a tomada de uma ação preventiva. Leva-se em consideração que a direção a ser tomada dependerá, também, das crenças relacionadas com a eficácia da medida escolhida para reduzir a ameaça.

***Barreiras percebidas*** são aspectos negativos para a ação em saúde. Mesmo que o indivíduo acredite ser susceptível a uma doença, reconheça a gravidade dessa doença em sua vida e acredite nos benefícios da ação, a probabilidade de execução de uma ação preventiva vai depender das barreiras encontradas por ele. Barreiras consistem em elementos que podem influenciar a ordem física e emocional do indivíduo. Elas relacionam-se às características de um tratamento ou de medidas preventivas que podem ser inconvenientes, desagradáveis, dolorosas e caras. Por exemplo, no caso da AIDS, uma medida preventiva pode interferir na relação pessoal do casal: a mulher que solicita ao companheiro o uso da camisinha poderá criar um clima de desconfiança, desarmonia e outros sentimentos que ocasionarão prejuízos ao relacionamento



afetivo. Essa mesma medida poderá ser vista como desconfortável, por interferir no prazer sexual. Essa percepção individual conduzirá o indivíduo a rejeitar a ação preventiva, direcionando-o para um campo negativo que o aproxima mais dos riscos de contrair o HIV. Essa conduta fará com que esse indivíduo se distancie do campo positivo de ação (campo para a ação preventiva desejada).

Portanto, a combinação da percepção dos benefícios com a percepção do custo da ação, constituem uma expectativa para alcance de um resultado eficaz para a conduta individual preventiva. Ter convicção dos riscos, por si só, não é o bastante para motivar o indivíduo a se prevenir. Pois essa ação envolve o cognitivo, considerando o custo pessoal verso os benefícios esperados, obtendo daí como resultado, o equilíbrio desse comportamento. Segundo Redding et al. (2000), os benefícios têm que exceder, em valor, o custo envolvido.

Esse modelo reflete a inter-relação entre o que as pessoas acreditam sobre sua saúde ou uma doença, e como agem para sua manutenção. É importante ressaltar-se que as crenças podem influenciar positivamente o indivíduo para prevenir doenças, ou influenciá-lo negativamente em sua conduta preventiva.

A motivação é, sabidamente, um fator importante para que a pessoa tome atitudes efetivas para prevenir uma doença. É importante lembrar que a adoção de um comportamento preventivo, em saúde, depende, em sua maioria, da crença que a pessoa tem sobre saúde.

Ao construir o Modelo de Crenças em Saúde, Rosenstock (1966) destacou duas variáveis que influenciariam diretamente a adoção de um comportamento preventivo em saúde: a primeira, a motivação em saúde, e, a segunda, as crenças de cada indivíduo, o que demonstra a possibilidade de se propor que exista uma razão para se acreditar que as principais dimensões do comportamento definem se o evento pode tornar-se subjetivamente motivado ou ameaçado. Essas dimensões demonstram o quanto a pessoa acredita que é



susceptível a um problema de saúde ou doença, isto é, se ela acredita que o problema a afetará, em particular, como também se percebe o grau de gravidade para si, ao contrair a doença. O autor enfatiza ainda que, para que haja motivação para adotar uma conduta preventiva em saúde, é necessário que a pessoa realmente acredite em sua susceptibilidade em contrair um dano, como, também, reconheça as conseqüências sérias que poderão sobrevir da ocorrência de tal evento, e que a adoção da ação preventiva reduzirá a ameaça (ROSENSTOCK, 1960).

As doenças que possuem alta letalidade, como a AIDS, levam as pessoas a vivenciar diversos sentimentos, desde o medo excessivo, a preocupação, até a indiferença. Portanto, segundo Rosenstock (1974), o motivo que determina a escolha das ações de saúde dependerá do grau em que o indivíduo sente-se ameaçado por uma doença, das conseqüências que ela acarretará a si, ao contrai-la, bem como do que representa para o indivíduo essa ameaça. Resumindo: O comportamento que determina as ações relacionadas com a doença dependerá do grau da ameaça percebida pelo indivíduo, que se traduz por sua realidade subjetiva.

A direção que a ação tomará dependerá das crenças que a pessoa tem em relação à eficácia das ações escolhidas para reduzir a ameaça em que o indivíduo se encontra. Portanto, o comportamento de uma pessoa que se sente susceptível e que se percebe em ameaça de contrair uma doença vai depender de sua percepção em relação às medidas disponíveis, como formas de beneficiá-lo na redução dos danos à sua saúde. A alternativa escolhida é provável parecer tão benéfica, se ela contribui subjetivamente para a redução da susceptibilidade ou severidade da doença (ROSENSTOCK, 1974).

O direcionamento para essa ação vai depender do grau de percepção do indivíduo em relação ao risco de contrair o HIV (susceptibilidade) e dos agravos que a doença poderá acarretar em sua vida (severidade percebida). Combinadas as duas variáveis, elas fornecem a energia ou a força necessária para

se guiar o indivíduo para a ação, devendo-se levar em consideração que a percepção dos benefícios para essa ação seja maior do que as barreiras existentes (barreiras percebidas). Portanto, os benefícios, menos as barreiras, fornecerão o caminho para a ação preventiva (ROSENSTOCK, 1974).

O curso da ação, sem dúvida, sofre influências das normas e da pressão social de grupos. Pode acontecer de o indivíduo acreditar em dada ação que lhe será eficaz na redução da ameaça da doença, porém, ao mesmo tempo, pode parecer-lhe que a ação lhe está sendo inconveniente, cara, desagradável, dolorosa. Esses aspectos negativos para as ações de saúde servem de barreiras para a ação e provocam motivos conflitantes para se efetivá-la (ROSENSTOCK, 1974). É necessário, portanto, que se lhe proporcionem estímulos para a tomada de ação, de modo que a eliminação das barreiras proporcione mudanças comportamentais.

Mesmo na ausência de motivação para direcionar o indivíduo para uma determinada ação, seu comportamento pode modificar-se, desde que ocorra a interferência de um profissional de saúde, ajudando-o a remover, por si próprio, a situação de conflito, para, então, engajar-se nas atividades que reduzirão a ameaça à sua saúde. É necessário eliminar-se a pressão imposta pelas discrepâncias entre as barreiras e a percepção dos benefícios.

“A escolha de ação se dá em função da percepção dos benefícios, menos as barreiras percebidas, nas alternativas comportamentais” (DELA COLETA, 1995, p.8). A força e a energia para a ação resultam da combinação dos níveis da susceptibilidade e de severidade percebida na doença.

Pressupõe-se que exista a necessidade de um fator instigante, que sirva de estímulo ao indivíduo para desencadear uma determinada ação. Esse estímulo é extremamente necessário, quando sua percepção da susceptibilidade ou da seriedade para uma doença é pequena para desencadear ações eficazes.

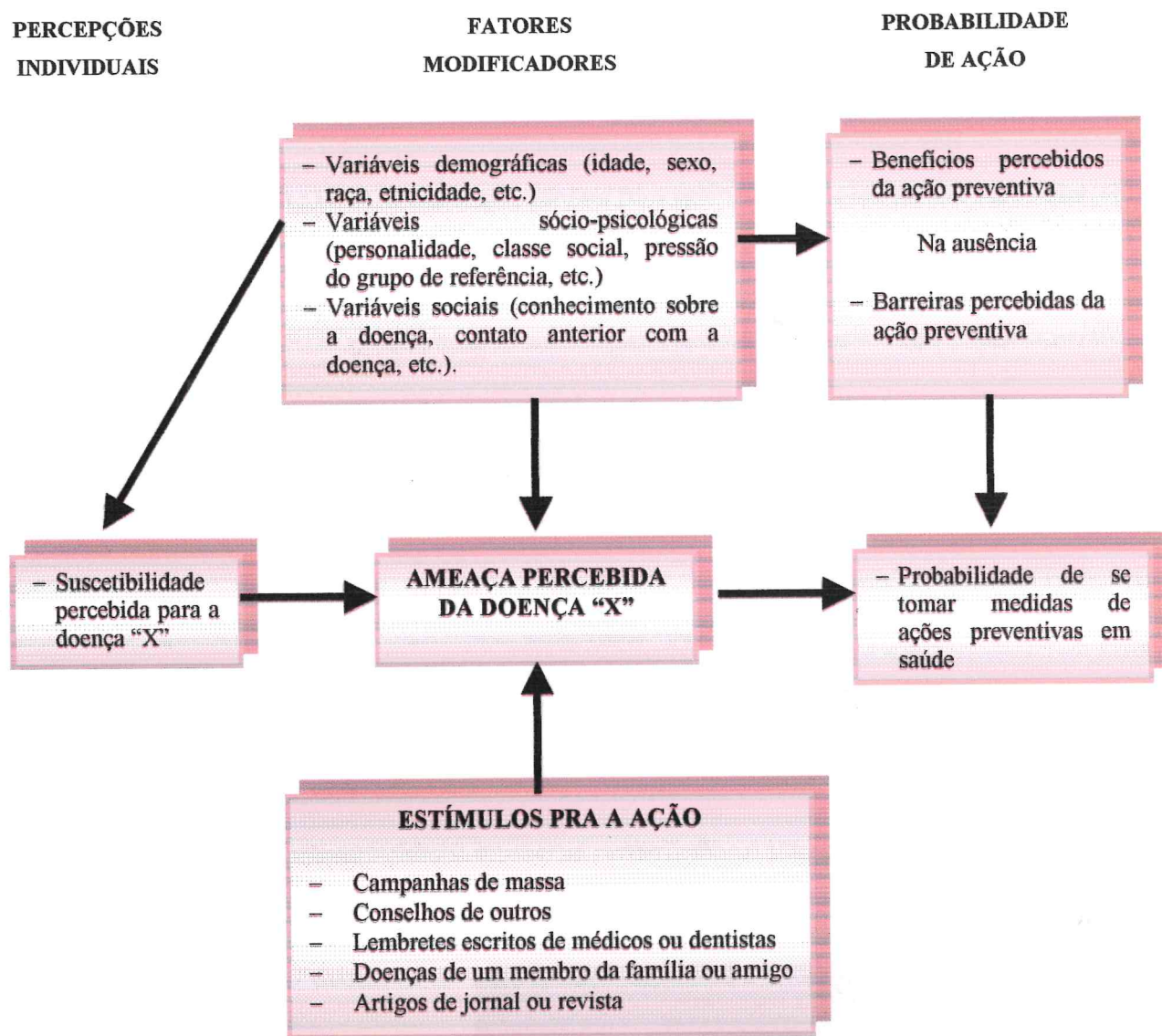
Segundo Lescura e Mamede (1990), quando a percepção da susceptibilidade ou da seriedade para uma doença é alta, a simples presença de um estímulo será suficiente para desencadear ação preventiva. No entanto, quando ela é pequena, será necessário um estímulo muito intenso para que a ação seja desencadeada.

Lescura e Mamede (1990) referem que o Modelo de Crenças em Saúde lida com o mundo subjetivo do comportamento individual, e não com o mundo objetivo dos profissionais de saúde.

Além das dimensões, fazem parte desse modelo alguns estímulos que influenciam a tomada de decisão e que podem ter origem interna, como a percepção das condições físicas. Os estímulos externos são provenientes de fora da pessoa, como as relações interpessoais, os meios de comunicação e a influência da família e de amigos.

As variáveis demográficas, sócio-psicológicas e estruturais são evidenciadas no modelo elaborado por Becker; Drachman; Kirscht (1974) (Figura 1).

Figura 1 — "O Modelo de Crenças em Saúde"  
comportamento preventivo em saúde  
Fonte: Rosagnoli, 1974.



**Figura 1** — “O Modelo de Crenças em Saúde”, como preditor do comportamento preventivo em Saúde

Fonte: Rosenstock, 1974.

A utilização dos princípios básicos do modelo possibilitará o conhecimento da percepção das mulheres sobre a AIDS. A partir dos resultados, será possível se proporem estratégias, de forma mais racional, para o enfrentamento da disseminação do HIV entre mulheres.

### 3 MATERIAL E MÉTODO

O foco central deste estudo foi avaliar o conhecimento, as percepções e os riscos de contrair o HIV, ou a experiência de ser sexualmente ativo, em risco ou viver com AIDS implica mudanças no papel sexual e na sua desempenha. Esta pesquisa procurou descrever as percepções e comportamentais das mulheres em relação à prevenção do HIV, investigando comparando os principais fatores que influenciam esse comportamento.

Foi realizado um estudo de caso-control, com o objetivo de avaliar a percepção de portadoras do HIV/AIDS e suas percepções e comportamentos em relação à prevenção em relação ao HIV/AIDS, de forma que, para o alcance do objetivo, optou-se pelo estudo comparativo - de caso-control.

O estudo foi desenvolvido em dois campos distintos, segundo o grupo de mulheres envolvidas. Para o grupo de portadoras do HIV/AIDS, foi escolhido o Hospital de Doenças Infeciosas e Contagiosas, situado na Rua Praga, localizada no município de João Pessoa, Paraíba. Este hospital é especializado no tratamento de doenças infecciosas e contagiosas, sendo um centro de referência para a cidade de Paraíba. Para o grupo de mulheres não portadoras do HIV/AIDS, foi escolhido o Hospital de Doenças Infeciosas e Contagiosas, situado na Rua Praga, localizada no município de João Pessoa, Paraíba.

## CAPÍTULO 3

### 3 MATERIAL E MÉTODO

O foco central deste estudo foi a mulher que, no seu dia-a-dia, vive os riscos de contrair o HIV, ou a experiência de ser portadora do HIV/AIDS. Estar em risco ou viver com AIDS implica mudanças no papel social que a mulher desempenha. Esta pesquisa procurou descrever as características comportamentais das mulheres em relação à prevenção do HIV, investigando e comparando os principais fatores que influenciam esse comportamento.

Foi realizado um estudo comparativo entre dois grupos de mulheres – um de portadoras do HIV/AIDS e outro de não portadoras – com vistas a se verificar possíveis diferenças de crenças e, conseqüentemente, de comportamento preventivo em relação ao HIV/AIDS, de forma que, para o alcance do objetivo, optou-se pelo estudo comparativo - descritivo com abordagem quantitativa.

O estudo foi desenvolvido em dois campos distintos, segundo o grupo de mulheres envolvidas. Para o grupo de portadoras do HIV/AIDS, o campo escolhido foi o Complexo de Doenças Infecto-Contagiosas Dr. Clementino Fraga, localizado no município de João Pessoa -PB, que atende a clientes HIV positivo ou com AIDS e constitui um centro de referência em AIDS, no Estado da Paraíba. Para o grupo de mulheres não portadoras do HIV/AIDS, o campo escolhido foi o Ambulatório de Ginecologia do Hospital Universitário Lauro



Wanderley, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba (HULW/UFPB), no município de João Pessoa – Paraíba.

O critério para seleção da primeira Instituição foi a existência de mulher infectada pelo HIV em acompanhamento clínico-psicológico e, para o segundo grupo, foi a existência de mulher em atendimento ginecológico supostamente negativa para o HIV.

A população do estudo foi constituída de todas as mulheres usuárias dos serviços ambulatoriais do Complexo de Doenças Infecto-Contagiosas Dr. Clementino Fraga e do Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB.

Para seleção do elemento amostral, foram considerados alguns critérios de inclusão, comuns aos dois grupos de mulheres: ter idade entre 18 e 59 anos e dispor-se, voluntariamente, a participar do estudo. Para o grupo de portadoras do HIV/AIDS, ter conhecimento do diagnóstico e ter tido, como categoria de exposição, a via sexual. A escolha por essa categoria se deu devido ao fato de representar a maioria dos casos de AIDS registrados oficialmente. Foram excluídas as mulheres que não estivessem em condições físicas e psíquicas de responderem ao formulário de coleta de dados.

Para o grupo das mulheres não portadoras do HIV/AIDS, foi considerado, como critério para seleção da amostra, não ter realizado o teste HIV. Esse critério foi estabelecido por se crer que o fato de ser submetida a esse exame pode constituir uma variável que influencia a mulher na percepção do risco de contrair o HIV.

Para o cálculo da amostra, tomou-se como base o número de mulheres contaminadas, em acompanhamento no ambulatório do Complexo de Doenças Infecto-Contagiosas Dr. Clementino Fraga. Os dados estatísticos do serviço de assistência especializada foram fornecidos pela Coordenação do Ambulatório. Esses dados foram referentes ao período de janeiro a fevereiro de 2002, totalizando uma população de 310 mulheres em acompanhamento ambulatorial.



O estudo foi realizado com amostragem por cota entre dois grupos com representação, escolhendo-se 70 mulheres para representar cada grupo. Essa amostra foi considerada representativa para este estudo, pois tem homogeneidade interna em cada grupo. Portanto, a amostra constituiu-se de 140 sujeitos, sendo 70 mulheres contaminadas e 70 mulheres não contaminadas pelo HIV/AIDS.

A técnica de amostragem foi do tipo intencional, não probabilística, emparelhada (por faixa etária, estado civil, escolaridade).

→ O instrumento utilizado neste estudo foi constituído de dois formulários (Apêndices C e D) — um para o grupo de mulheres portadoras de HIV/AIDS e outro para o grupo de mulheres não contaminadas. Sua elaboração se deu a partir das dimensões do Modelo de Crenças em Saúde, em que foram identificadas as principais variáveis que serviram como elementos norteadores para a obtenção das informações. O conteúdo das questões foi fundamentado na experiência profissional da pesquisadora deste trabalho, na literatura pertinente e em pesquisas fundamentadas no Modelo de Crenças em Saúde (MCS).

Os formulários foram constituídos de três partes principais: A primeira que contou com as variáveis demográficas da população: idade; medida em anos completos, com cálculo posterior de número e intervalo de classe; estado civil; grau de escolaridade; ocupação; renda pessoal mensal em salários mínimos (SM); idade de início da vida sexual ativa; medida em anos completos, com cálculo posterior de número e intervalo de classe e as variáveis sociais: conhecimento sobre a AIDS; contato com pessoas HIV/AIDS; comportamento sexual e preventivo para AIDS (itens de 1 a 35).

A segunda parte do formulário constou de questões relacionadas com as crenças pessoais das mulheres de ambos os grupos e a terceira, de dados referentes aos estímulos para a ação. A elaboração de cada sub-item obedeceu às definições propostas para os componentes do MCS. Os dados relativos às crenças das mulheres quanto a suas chances de contrair o HIV nas relações sexuais visam

a determinar o risco subjetivo de se contrair o HIV, em mulheres sorologicamente positivas e sorologicamente negativas (suscetibilidade percebida). Encontram - se esses dados nos itens de 36 a 42.

Os dados relativos à severidade percebida encontram - se nas questões de 43 a 55, que mostram como a mulher percebe os agravos físicos, psicológicos e sociais que a AIDS provoca em sua vida. Os itens de 56 a 61 caracterizam os dados relativos às crenças das mulheres quanto à percepção dos benefícios das ações preventivas. Dados relativos aos fatores que influenciam as mulheres para a não adoção das medidas preventivas encontram-se nos itens de 62 a 74.

O Modelo de Crenças em Saúde possui, além das dimensões acima descritas, estímulos que influenciam o indivíduo na tomada de decisão, com o objetivo de contribuir para motivar as mulheres em direção às atitudes efetivas para prevenir o HIV. Os estímulos externos estão evidenciados nas questões de 75 a 81.

A terceira parte do instrumento compreende itens relacionados com a atividade sexual da mulher: idade em que iniciou sua atividade sexual; se possui parceiro fixo; número de parceiros sexuais; uso da camisinha antes e depois de infecção pelo HIV; uso da camisinha (mulheres não contaminadas); conhecimento sobre a camisinha feminina, seu uso e opinião sobre essa camisinha.

Antes de ser iniciada a coleta de dados, o formulário foi submetido à avaliação de aparência e de conteúdo, para verificação de sua adequação ao objetivo pretendido, realizada por 4 (quatro) juízes: uma enfermeira assistencial e uma psicóloga que atuava no ambulatório do Complexo de Doenças Infecto-Contagiosas Dr. Clementino Fraga; uma docente que atua em unidade de doenças infecto-contagiosas no HULW/UFPB; uma docente da UFPB que atua na área de educação em AIDS. Após os ajustes que se fizeram necessários, o formulário foi

pré-testado com 10% da amostra, de modo a se garantir sua adequação semântica para aplicação junto às mulheres que fizeram parte da amostra do estudo.

O instrumento foi construído, inicialmente, com base em escala do tipo Likert, com cinco pontos (concordo totalmente, concordo parcialmente, indeciso, discordo parcialmente, discordo totalmente). Durante o pré-teste do instrumento, entretanto, observou-se, nas mulheres com baixo grau de escolaridade, dificuldade para classificar suas opiniões na citada escala. Após avaliação, decidiu-se por respostas afirmativas (sim), negativas (não) e não sabe responder.

Foi possível, também, a identificação de termos que dificultassem a compreensão das questões utilizadas no formulário. Algumas dessas questões foram reformuladas e testadas, no momento das entrevistas, buscando-se a confirmação da significação das palavras. Após as devidas correções, o pré-teste atingiu sua finalidade, que foi alcançar o melhor nível de compreensibilidade da terminologia utilizada para pessoas sem escolaridade.

Tanto para o pré-teste, quanto para a coleta definitiva dos dados, utilizou-se a técnica de entrevista estruturada, do tipo dirigida, uma vez que foi realizada a partir das questões propostas e respondidas, individualmente, pelas participantes, com anotações das respostas, no formulário, pela pesquisadora deste trabalho. Esse tipo de método favorece ao entrevistador explicar e discutir os objetivos da pesquisa e, ao mesmo tempo, responder a dúvidas sobre as questões formuladas.

Considerando que toda pesquisa que envolve seres humanos deve atender às exigências éticas e científicas, buscou-se norteá-la pelas Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisa em Seres Humanos, que são contempladas na Resolução n 196, de outubro de 1996 (BRASIL, 2000c). Como determina a Resolução, o projeto foi previamente enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa do

HULW/UFPB, para ser submetido à apreciação, sendo aprovado em reunião ordinária realizada em 20/04/2002 (Anexo A).

Foi observada a autonomia de cada participante do estudo, no que se refere ao consentimento livre e esclarecido, levando-se em consideração a sua liberdade de escolha em participar ou não da pesquisa, bem como a possibilidade de desistir da participação, em qualquer fase da investigação, assim como a garantia do caráter confidencial e o sigilo das informações que viessem a fornecer, caso aceitasse participar do estudo. Foi feito um esclarecimento sobre o estudo quanto ao seu objetivo, os passos para a coleta de dados, como também, a garantia do anonimato por ocasião da divulgação de seus resultados.

Para a realização do estudo, foram feitos contatos prévios com a Direção dos serviços de saúde escolhidos como campo da pesquisa, a fim de solicitar permissão para realização da coleta de dados. Foi entregue conjuntamente com esse ofício uma cópia de declaração de aprovação do projeto emitida pela Comissão de Ética do HULW/UFPB. Foi realizada uma programação, junto à Coordenação do ambulatório do Complexo de Doenças Infecto-Contagiosas Dr. Clementino Fraga, para realização da coleta de dados, de acordo com a disponibilidade do ambiente. Com referência ao HULW, inicialmente, entrou-se em contato com a Chefia de Enfermagem do Ambulatório do citado Hospital. Em seguida, foram estabelecidos os turnos para a coleta de dados, na Unidade de Ginecologia.

Como o foco central do presente estudo diz respeito ao comportamento preventivo da AIDS nas relações sexuais das mulheres, fez-se necessário que a coleta de dados fosse realizada em um ambiente que lhes proporcionasse privacidade, deixando-as mais à vontade para responder às questões durante a entrevista. A importância que se deu ao ambiente privado contribuiu para que as entrevistas fossem realizadas sem constrangimento para as informantes, favorecendo um clima de integração e confiabilidade entre a entrevistadora e a entrevistada. A aplicação do formulário foi realizada pela

própria pesquisadora, em consultório especialmente destinado para esse fim, conforme sugestão da Coordenação do Ambulatório do Complexo Clementino Fraga. Entretanto, em virtude das dificuldades estruturais do Ambulatório do HULW, não foi possível a disponibilidade de um ambiente para a realização de todas as entrevistas. Esse fato dificultou a operacionalização das mesmas, ocasionando perda de tempo ao se procurar um lugar que favorecesse um ambiente que garantisse às entrevistadas privacidade para responder às questões pertinentes ao estudo. Outro fator que contribuiu para dificultar a coleta de dados foi o curto período de permanência das clientes no ambulatório, devido à rapidez das consultas médicas.

Para a realização das entrevistas do grupo de mulheres contaminadas, foi solicitado o agendamento diário das clientes para a realização da consulta médica, do atendimento de enfermagem, de psicologia, ou para a realização de exames de CD4 e carga viral. Em seguida, foram explicados, individualmente ou em grupo, os objetivos do estudo e sua importância, como também o caráter voluntário para a participação.

É importante evidenciar-se que, ao serem contatadas, muitas mulheres do grupo contaminado demonstraram receio e medo de participar do estudo. Normalmente perguntavam se iriam ser filmadas, fotografadas, ou se suas conversas seriam gravadas, demonstrando, assim, rejeição a esses três meios de coleta de dados, devido ao temor de serem identificadas como contaminadas. Devido a esse fato, foi necessário um tempo maior para lhes oferecer explicações que lhes dessem credibilidade e segurança para a participação do estudo. Com isso, conseguiu-se estabelecer um clima de confiança entre informantes e pesquisadora.

A coleta de dados, para as mulheres contaminadas, foi realizada no período de abril a julho de 2002. Vale ressaltar-se que várias delas recusaram-se a participar do estudo, constituindo, esse fato, um dos fatores que influenciou para que o tempo inicialmente previsto para a coleta de dados não fosse



cumprido. As recusas tiveram como motivo, para algumas, não concordar em falar sobre sua vida, outras comunicavam que não poderiam esperar, devido aos afazeres domésticos, enquanto um certo número delas alegavam encontrarem-se em jejum devido aos exames realizados. Não houve nenhum caso de desistência da participação durante o processo de coleta de dados.

Após esses esclarecimentos sobre o estudo, o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice B) foi obtido mediante sua leitura para as mulheres não alfabetizadas que, após aceitação dos termos contidos no documento, assinaram-no, através da impressão digital. Para as mulheres alfabetizadas, o termo era fornecido, pela entrevistadora, para leitura e assinatura de concordância. É importante ressaltar-se que todas as entrevistadas ficavam com uma cópia do termo, e, a outra, com a pesquisadora.

A coleta de dados das mulheres não contaminadas teve início logo em seguida ao término dessa atividade no grupo de mulheres contaminadas, sendo concluída em agosto de 2002.

A duração das entrevistas do grupo de mulheres contaminadas foi de 1 hora e 30, em média, para cada entrevista. Para o grupo de mulheres não contaminadas, a média foi de 45 minutos. Entrevistas mais longas se deram em virtude da necessidade de várias mulheres exporem seus anseios, medos, angústias, tristezas, dor, incertezas e culpas, como também de obterem esclarecimentos de dúvidas.

Para a realização das entrevistas das mulheres não contaminadas, foram necessários contatos prévios com cada uma delas, com o objetivo de se identificar seu estado civil, seu grau de escolaridade e sua faixa etária. Para cada mulher contaminada, foi necessário entrevistar-se uma mulher não contaminada, considerando-se as variáveis acima mencionadas. É importante destacar-se que, a cada mulher, era explicado o objetivo do estudo, bem como o porquê de se perguntar inicialmente seu nível de escolaridade, sua idade e seu estado civil.

As mulheres demonstraram interesse pelo tema em questão, atendendo prontamente à solicitação para colaborar com o estudo. Durante o processo de coleta de dados, a maioria delas solicitavam, à pesquisadora, explicações e esclarecimentos sobre os riscos de contraírem o HIV, como também, sobre aspectos relacionados com transmissão e prevenção.

Considerando-se que a AIDS é um tema que aborda aspectos, na maioria das vezes, de cunho íntimo do relacionamento sexual do ser humano e gerador de muitas dúvidas, esse grupo agiu, de forma surpreendente, com a pesquisadora, através de confidências que delinearam claramente a percepção de risco desse grupo.

Após o término das entrevistas, os dados referentes ao grau de escolaridade, ao estado civil e à idade foram colocados manualmente, em um mapa, com o objetivo de se facilitar o pareamento das mulheres contaminadas com as mulheres não contaminadas. O pareamento foi realizado sem dificuldades para as variáveis idade e grau de escolaridade. Entretanto, não foi possível o pareamento referente a mulheres viúvas, uma vez que, em virtude da AIDS, a idade de viuvez incidiu em mulheres muito jovens. O não pareamento das mulheres em relação ao estado civil “separada/divorciada” se deu em virtude da dificuldade de se encontrar pessoas com essa situação.

Para o tratamento dos dados obtidos no estudo, as informações coletadas foram codificadas e introduzidas em um banco de dados computadorizado, para o que se utilizou o pacote estatístico SPSS (Statistical Package for Social Science) – (SPSS for Windows 8.0). As variáveis estudadas foram mensuradas nos níveis das escalas: nominal, ordinal e intervalar. Verificou-se, inicialmente, com o uso do SPSS, a consistência das informações, efetuando-se a recodificação de algumas variáveis.

Em seguida, procedeu-se à análise estatística onde se utilizaram técnicas estatísticas descritivas e inferenciais. Tabelas de frequências absolutas e



percentuais, Análise de Correspondência e medidas resumo foram as descritivas. Na sequência, e de acordo com objetivo proposto, foram utilizadas técnicas da estatística inferencial, através de uso do teste t-Student, do teste qui-quadrado (para tabelas de contingência 2 x 2), ao nível de 5% de significância (um *valor-p* < 0,05 é um resultado significativo indicando a decisão de se rejeitar a hipótese nula ( $H_0$ ), para cada teste aplicado neste trabalho) e utilização de Razão de risco.

Teste t de Student: comparação entre duas amostras independentes extraídas de populações normais. Verifica a existência de diferença significativa ou não entre as médias consideradas.

Teste de Qui-Quadrado ( $\chi^2$ ): aplicado em tabelas de contingência 2x2 sendo um procedimento inferencial não-paramétrico para verificar a existência de associação ou não entre duas variáveis qualitativas ou categóricas.

Teste Exato de Fisher: procedimento alternativo do teste não-paramétrico de Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) para tabela de contingência 2 x 2, quando uma ou mais células ou caselas apresentam frequência teórica (ou esperada) menor que 5.

## CAPÍTULO 4

ANÁLISE DE DADOS

#### 4.1 Perfil Sociodemográfico

As bases teóricas do Modelo de Mudanças de Comportamento são fundamentadas, guiam as análises de mudanças de comportamento, e o comportamento preventivo, antes da contaminação, como também, o grupo não contaminado. Considerando as questões das mulheres sobre o modo como está se desenvolvendo a prevenção, deveria ser abordado.

## CAPÍTULO 4

Análises epidemiológicas de dados demográficos revelam o perfil das mulheres contaminadas pelo HIV e das não contaminadas. De acordo com as variáveis de risco, a prevenção é realizada. Em virtude de o estudo ter sido realizado em uma população de mulheres, a prevenção é realizada em uma população de mulheres.



Figura 2 - Distribuição percentual de HIV por idade.

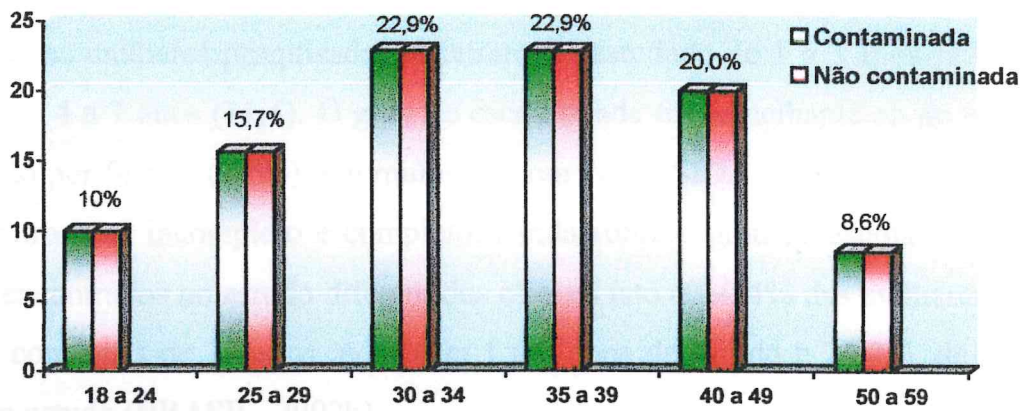
## 4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### 4.1 Perfil Sociodemográfico dos Sujeitos

As bases teóricas do Modelo de Crenças em Saúde, fundamentalmente, guiam as mulheres no caminho e no entendimento de seu comportamento preventivo, antes da contaminação, como também, daquelas do grupo não contaminado. Compreender as crenças das mulheres significa refletir sobre o modo como está sendo abordada a prevenção, nesse grupo, ou como deveria ser abordada.

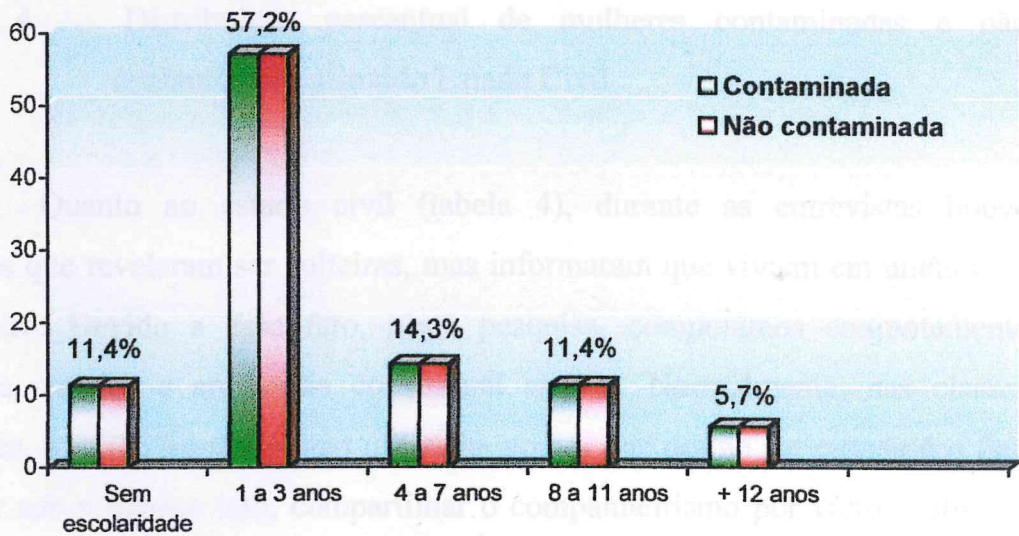
Analizadas separadamente ou em associações, as variáveis sócio-demográficas revelam o perfil das mulheres contaminadas pelo HIV e das não contaminadas. De acordo com o Modelo de Crenças em Saúde (MCS), essas variáveis são elementos modificadores no comportamento preventivo em saúde. Em virtude de o estudo ter sido realizado em pareamento, os resultados apresentados serão iguais em número e percentuais em relação à faixa etária e ao grau de escolaridade.

Figura 3 - Distribuição percentual de HIV por escolaridade.



**Figura 2** — Distribuição percentual de mulheres contaminadas e não contaminadas segundo Faixa Etária

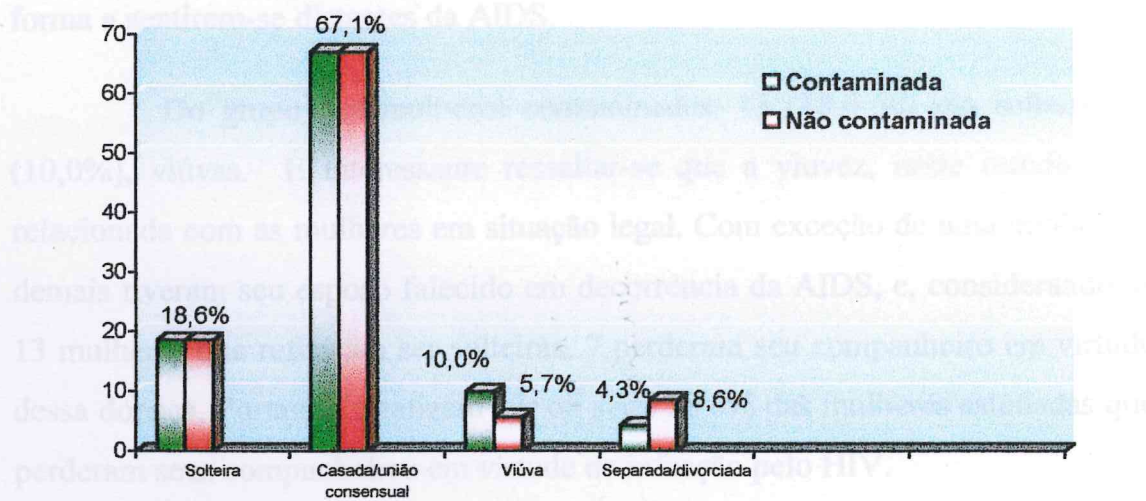
A idade das mulheres contaminadas e das não contaminadas pelo HIV variou de 18 a 59 anos, com uma média de 35,9 anos e mediana de 35,0 anos. As faixas etárias de maior incidência foram as de 30 a 34 e 34 a 39 anos, perfazendo 45,8% do total. A Faixa etária de maior incidência de casos de AIDS é de 25 a 39 anos, representando 55,5% do número de casos notificados oficialmente (BRASIL, 2002b).



**Figura 3**— Distribuição percentual de mulheres contaminadas e não contaminadas segundo Escolaridade



Em relação ao grau de escolaridade (tabela 3), verificou-se que a maioria das mulheres pesquisadas referiram ter estudado de 1 a 3 anos (57,2%), 14,3% de 4 a 7 anos (11,4). O grau de escolaridade foi semelhante ao do estudo realizado por Santos (1996), em mulheres com AIDS/SIDA onde a maioria tinha o primeiro grau incompleto e completo. Ainda sobre o grau de escolaridade, os dados encontrados no estudo diferem dos oficiais isto é, 30,4% das mulheres com AIDS, com mais de 19 anos, possuíam 1 a 3 anos de estudo e 24,9%, de 4 a 7 anos de estudo (BRASIL, 2002b).



**Figura 4** — Distribuição percentual de mulheres contaminadas e não contaminadas segundo Estado Civil

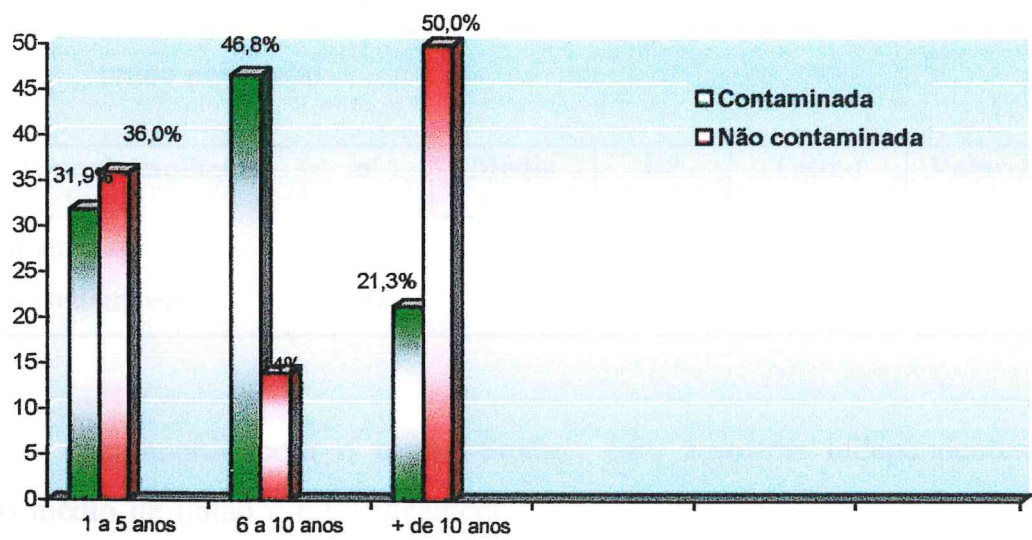
Quanto ao estado civil (tabela 4), durante as entrevistas houve mulheres que revelaram ser solteiras, mas informaram que viviam em união com o parceiro. Devido a esse fato, nesta pesquisa, computamos conjuntamente mulheres casadas e em união consensual estável. Normalmente, nas classes populares, a união legal é pouco utilizada, pois o que define ser casada é o fato de viver sob o mesmo teto, compartilhar o companheirismo por vários anos e o nascimento de filhos, caracterizando, assim, a união sob a forma de compromisso a dois. Segundo Guimarães (2001, p.129), “as indicações de “casada” e “solteira”, nas camadas populares, não seguem necessariamente a classificação

de nupcialidade legal, mesmo que as mulheres usem a palavra “marido” para se referir a seus parceiros”.

Esse grupo representou, em sua totalidade, (67,1%) de mulheres contaminadas e não contaminadas, das quais, 30 (62,5 %) vivendo em união consensual. Esse fato ratifica e retrata fielmente os dados epidemiológicos oficiais, onde as mulheres que vivem essa condição são atualmente as de maior vulnerabilidade para se expor ao risco de contrair o HIV, em virtude de terem um único parceiro, condição que pode transparecer uma falsa proteção ao vírus, de forma a sentirem-se distantes da AIDS.

Do grupo das mulheres contaminadas, 13 (18,6 %) são solteiras, 7 (10,0%), viúvas. É interessante ressaltar-se que a viuvez, neste estudo, está relacionada com as mulheres em situação legal. Com exceção de uma mulher, as demais tiveram seu esposo falecido em decorrência da AIDS, e, considerando as 13 mulheres que referiram ser solteiras, 7 perderam seu companheiro em virtude dessa doença. Portanto, totalizam 13, ou seja, 18,6% das mulheres estudadas que perderam seus companheiros em virtude da infecção pelo HIV.

Normalmente, a perda do esposo ou companheiro se dá em uma idade mais avançada, mas, no caso da AIDS, o estado de viuvez ou a perda do parceiro aparece precocemente na vida dessas mulheres. A perda dos companheiros, para a amostra estudada, deu-se na faixa etária de 25 a 57 anos de idade, isto é, das 13 mulheres que perderam o companheiro, a maioria (53,8%) possuía de 36 a 46 anos e 38,5% encontravam-se na faixa etária de 25 a 35 anos. Existem estudos que detectaram mulheres viúvas em idade muito precoce, entre eles, os quais, o de Guimarães (2001), onde identificou a faixa etária de 19 a 44 anos como a de maior número de mulheres viúvas. A média de idade apresentada foi de 39,6 anos.



**Figura 5** — Distribuição percentual de mulheres contaminadas e não contaminadas segundo Tempo de União

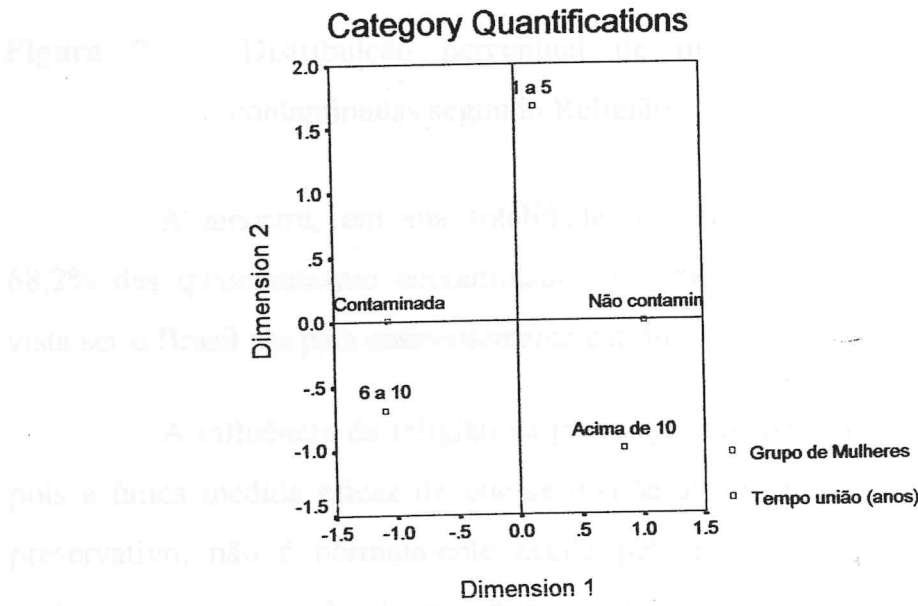
Quanto ao tempo de união (tabela 5), observou-se que, entre as mulheres contaminadas, prevaleceu o tempo de união entre 6 a 10 anos (46,8%). A média de anos de união apresentada para as mulheres estudadas foi de 8,31 anos. As mulheres não contaminadas diferenciaram-se nos anos de união, uma vez que (50,0 %) tinham mais de 10 anos de união, constituindo, provavelmente, um grupo diferenciado quanto à percepção de risco para o HIV, devido ao tempo de união conjugal. Dezoito, ou seja, 36,3% possuem de 1 a 5 anos de união e 7 (14,0) assim vivem de 6 a 10 anos. A média de anos de união foi de 12,5. O tempo de união variou, no primeiro grupo, entre 1 e 30 anos de união e, no segundo grupo, entre 1 e 33 anos. O tempo de união pode ser uma variável importante para o crescimento do número de AIDS, em mulheres, uma vez que o risco de contrair o HIV pode estar relacionado com a confiança depositada no parceiro.



**Tabela 1** — Medidas descritivas e teste t-Student para comparar o tempo de união por grupo

Grupo de mulheres	nº	Média	DP	Teste-t	Valor-P
Contaminadas	47	8,21	6,30	2,46	0,015
Não contaminadas	50	12,3	9,64		

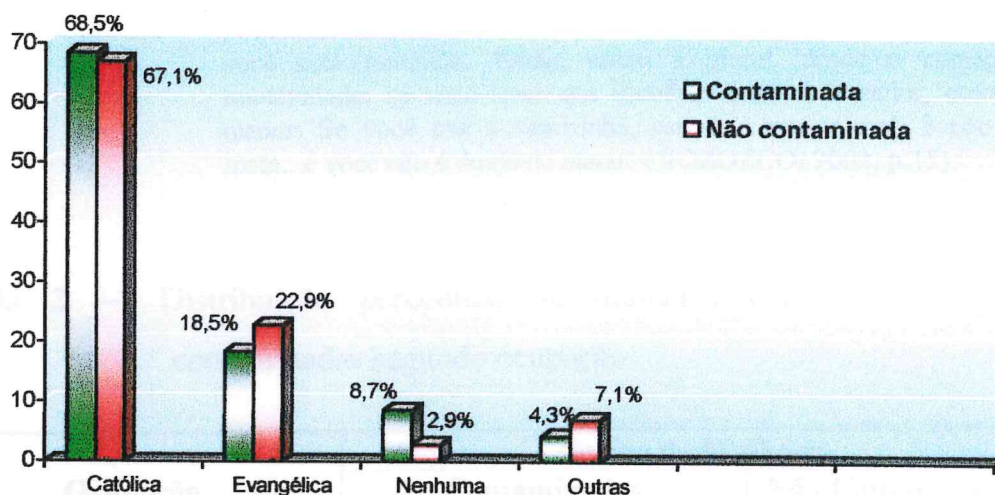
De acordo com o teste t-Student para amostras independentes, o tempo médio de união é estatisticamente diferente entre os grupos de mulheres contaminadas e não contaminadas. Para as mulheres contaminadas, a média do tempo de união foi de 8,21 anos, com desvio padrão igual a 6,30 e para as mulheres não contaminadas essa média foi de 12,3 anos, com desvio padrão igual a 9,64.



**Figura 6** — Mapa de associação entre contaminação e tempo de união

Pode-se aplicar a técnica multivariada, a Análise de Correspondência para se avaliar a associação entre o tempo de união e o grupo de estudo. A figura 6 apresenta o mapa de associação obtido. Pode-se perceber que o tempo de união acima de 10 anos está mais associado ao grupo não

contaminado. Através da figura 6, pode-se deduzir que, quanto maior o tempo de união, mais as mulheres se aproximam do risco de adquirir o HIV, possivelmente pela fidelidade atribuída ao parceiro ou mesmo devido à estabilidade conjugal que acreditam vivenciar com a união.



**Figura 7** — Distribuição percentual de mulheres contaminadas e não contaminadas segundo Religião

A amostra, em sua totalidade, constitui-se de mulheres católicas, 68,2% das quais estavam contaminadas; 67,1%, não contaminadas, tendo em vista ser o Brasil um país eminentemente católico.

A influência da religião na prevenção ao HIV é de suma importância, pois a única medida eficaz de que se dispõe atualmente, o uso sistemático do preservativo, não é normalmente aceita pela igreja católica. Ozozco (2002) esclarece que a posição dessa igreja é a de que as pessoas devam optar pela castidade e pela abstinência dentro e fora do casamento, além da fidelidade conjugal. Refere, ainda, que existe diversidade de opiniões nas igrejas diante dessa problemática e que, no meio católico, existem diferentes crenças, idéias e práticas em torno do tema e enfatiza que “a posição da Igreja Católica muitas vezes quer reduzir essa complexa realidade social ao âmbito das condutas individuais” (OZOZCO, 2002, p.14). Uma das primeiras manifestações públicas

a respeito desse tema partiu de Dom Paulo Evaristo que provocou questionamentos acerca da unanimidade do discurso da igreja em relação à AIDS.

Nunca falei contra o uso de preservativos. Isso se deve deixar para as pessoas decidirem. O que a gente sempre diz é que você não deve prejudicar nem a si e muito menos ao outro. Muito menos, porque você está matando. Então, como a moral, desde o começo da humanidade: se você tiver que escolher entre dois males, escolha o menor. Se você usa a camisinha, este é o menor mal. Senão você mata...e você não é doido de matar, é?(OZOZCO, 2002, p.15).

**Tabela 2** — Distribuição percentual de mulheres contaminadas e não contaminadas segundo ocupação

Ocupação	Grupo de Mulheres			
	Contaminadas		Não Contaminadas	
	nº	%	nº	%
Do Lar	25	35,8	23	32,8
Doméstica	18	25,7	16	22,8
Aposentada	7	10,0	5	7,2
Estudante	2	2,8	7	10,0
Outras*	18	25,7	19	27,2
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>

\*comerciante, faxineira, psicóloga, professora, auxiliar de enfermagem, cuidadora de idoso.

De acordo com a tabela 2, verificou-se que o percentual de mulheres com atividade exclusivamente voltadas para o lar alcançou a maioria das mulheres investigadas. Em estudo realizado por Spíndola e Alves (1999) evidenciou-se que as donas de casa e empregadas domésticas são as mais acometidas pela infecção do HIV no Rio de Janeiro [...].

Em relação à inserção das mulheres contaminadas no mercado de trabalho, verifica-se que, das 70 mulheres contaminadas estudadas, 41 (58,6%) tinham emprego, porém, 8 (11,4%) delas estavam, na época, desempregadas; 22

(31,4%) referiram trabalhar exclusivamente nos cuidados inerentes à casa e aos filhos.

As pessoas soropositivas têm o direito de requerer benefícios, em decorrência de suas más condições de saúde. Verificou-se, no entanto, que apenas 15 (21,4%) dessas mulheres foram contempladas com esse benefício: 6 (10,0%) conseguiram aposentar-se em virtude da doença e uma é pensionista. As demais necessitam de trabalhar para buscar meios de sustento para si próprias e seus familiares. Pode-se delinear, subjetivamente, as repercussões do significado de ser soropositivo na vida financeira dessas mulheres que, além de lutarem para se manter em condições físicas satisfatórias para trabalhar, enfrentam o desafio de manter seu emprego, em sua maioria, lutando pelo anonimato da soropositividade para o HIV, pois necessitam mensalmente de ausentar-se para controle da doença.

É importante se ressaltar que as mulheres contaminadas que possuem emprego, 26 (37,1%), verbalizaram que os colegas de trabalho desconhecem sua condição de soropositividade. As que trabalham como domésticas demonstraram medo de que as patroas descobrissem sua condição de portadoras do HIV, de forma que algumas usavam, como estratégia para manter seu sigilo, a retirada dos rótulos dos medicamentos.

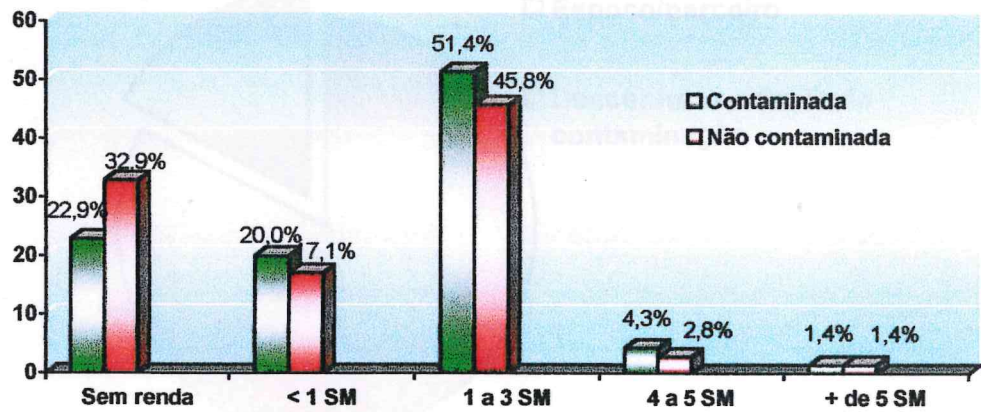
Outro aspecto a ser focado diz respeito ao número de filhos do grupo de mulheres contaminadas. A maioria 63 (90,0 %) delas referiu ter filhos e 7 (10,0%) relataram não ter nenhum filho. Das mulheres mães, 16 (25,4%) possuem apenas um filho; 23 (36,5%) referiram ter dois filhos; 14 (22,2 %) tiveram três filhos; 7 (11,1%) tiveram quatro filhos e 4 (9,6) tiveram mais de 5 filhos.

A mulher é considerada o suporte no cuidado da família, em âmbito pessoal, administrativo e afetivo. Ser HIV positiva ou desenvolver a AIDS constitui um elemento que pode afetar as mulheres, física e psicologicamente,



interferindo no desempenho de suas funções de mãe e esposa. Durante as entrevistas, observou-se sua preocupação com o futuro dos filhos, pois apontavam, como questão prioritária, ter saúde para acompanhar o crescimento dos filhos menores, e, aquelas com filhos adultos manifestavam a vontade e o desejo de compartilhar a vida adulta do filho, junto da futura família a ser constituída. Para essas mulheres, a AIDS surgiu em sua vida como uma ameaça a seus planos para o futuro. Sentimentos de angústia, medo, tristeza foram demonstrados verbalmente e retratados pela expressão facial e pelas lágrimas derramadas. O futuro, para muitas, torna-se algo muito incerto, distante ou mesmo inatingível. Para aquelas que não tiveram tempo de ser mãe, resta a amargura da impossibilidade de realizar o sonho de vivenciar a maternidade como momento único de realização feminina.

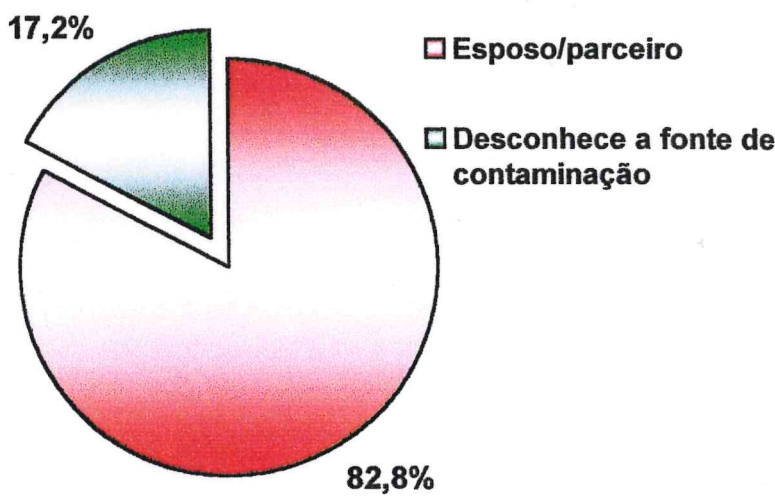
Spíndola e Banic (1998, p.105), em estudo realizado em mulheres portadoras do HIV, verificaram que o significado de ser mãe, para as mulheres que vivenciam a soropositividade, assume conotações distintas: “enquanto para algumas o fato de possuir o vírus não interfere no deslumbramento que o nascimento de um bebê acarreta, para outras este momento é percebido com tristeza, dúvida, receio e preocupação com o futuro (seu e do bebê)”.



**Figura 8** — Distribuição percentual de mulheres contaminadas e não contaminadas segundo Renda Pessoal

Com relação à renda pessoal, verificou-se que 16 (22,9%) das mulheres contaminadas não possuem renda pessoal; 14 (20,0%) recebem menos de um salário mínimo e a maioria, 36 (51,4%) recebe uma renda de um a três salários mínimos. É interessante destacar-se que esse percentual é representativo, conforme o tipo de atividades que elas exercem, representando um baixo nível de profissionalização. Um número reduzido dessas mulheres possui uma renda superior a quatro salários mínimos. Quanto às mulheres contaminadas, foram obtidos percentuais relativamente semelhantes aos do grupo das mulheres contaminadas: 23 (32,9%) não dispõem de nenhuma renda pessoal; 12 (17,1%) recebem menos de um salário mínimo; a maioria recebe de um a três salários mínimos.

Os dados epidemiológicos evidenciam uma tendência de a AIDS incidir em indivíduos de menor poder aquisitivo, de modo que, mais de 95% dos casos da doença ocorrem em países em desenvolvimento, e, em consequência das dificuldades econômicas, a pobreza resultante das desigualdades sociais contribuem para agravar os efeitos da AIDS. Somado-se a esse fator, o estigma, a falta de informação, o pouco acesso a métodos de prevenção e diagnóstico podem acelerar o processo da epidemia (FOLHETO MULHER e AIDS, 2002a).



**Figura 9** — Distribuição percentual de mulheres contaminadas e não contaminadas segundo a Fonte de Contaminação

Considerando-se o grupo de mulheres contaminadas, observou-se que o esposo/parceiro tinha sido a fonte de contaminação de 58 (82,8%) das mulheres pesquisadas e 12 (17,2%) desconheciam quem as tinha contaminado. Estudos realizados por Paiva (1998); Takahashi, Shina e Souza (1998) evidenciou-se que a maioria absoluta das mulheres foi infectada por seus companheiros. Em estudo realizado pelo infectologista Ricardo Diaz, da UNIFEST (Universidade Federal de São Paulo) verificou-se que cerca de 80% das mulheres pesquisadas foram contaminadas pelo único parceiro, no último ano (DEUTNER, 2001).

Tabela 1				
Fatores de transmissão da sífilis				
Fonte: dados da pesquisa				
Saliva	C	12	100%	100%
Gestação, parto e leite materno	D	12	100%	100%
Lágrimas	C	12	100%	100%
Esperma	D	12	100%	100%
Aperto de mão	C	12	100%	100%
Secreção vaginal	D	12	100%	100%

\* Significativo ao nível de 5% (p < 0,05) pelo teste de Fisher.

Em se investigou a transmissão da sífilis, observou-se um nível de transmissão muito elevado, com a maioria das mulheres que foram contaminadas pelo único parceiro, no último ano.

Concluindo, a sífilis é uma doença que pode ser evitada, desde que se tome as devidas precauções.



4.2 Conhecimento das Mulheres sobre AIDS

Tabela 3 – Distribuição das variáveis relacionadas com o conhecimento sobre os meios de transmissão do HIV, por grupo, e resultados do teste qui-quadrado. João Pessoa – 2003

Variável		Grupo de Mulheres				$\chi^2$	Valor p
		Contam.	Não contam.				
			n	%			
Sangue	C	67	95,7	66	94,2	0,150	1,000
	D	3	4,3	4	5,8		
Suor	C	63	90,0	56	80,0	2,745	0,154
	D	7	10,0	14	20,0		
Saliva	C	41	58,6	36	51,4	0,722	0,497
	D	29	41,7	34	48,6		
Gestação, parto e leite materno	C	58	82,9	42	60,0	8,960	0,005
	D	12	5,7	28	40,0		
Lágrima	C	58	82,9	60	85,7	0,216	0,817
	D	12	17,1	10	14,3		
Esperma	C	70	100,0	68	97,1	2,029	0,496
	D	0	0,0	2	2,9		
Aperto de mão	C	66	94,3	65	92,9	0,119	1,000
	D	4	5,7	5	7,1		
Secreção vaginal	C	65	92,9	60	85,7	1,867	0,274
	D	5	7,2	10	14,3		

\* Significativo ao nível de 5% (p-valor < 0,05) – Legenda: C = Conhece D = Desconhece

Ao se investigar acerca dos meios de transmissão do HIV (tabela 3) evidenciou-se um nível de conhecimentos retratados pelo elevado percentual de mulheres que referiram os meios de transmissão pela via sexual, sanguínea e transplacentária.

Em relação ao conhecimento sobre os meios de transmissão do HIV, ao ser aplicado o teste qui-quadrado, não foi verificada nenhuma diferença

significativa de opinião, isto é, ambos os grupos possuem um grau de conhecimentos semelhantes em relação às questões acima investigadas.

A transmissão sexual é, atualmente, o principal meio de transmissão do HIV, em mulheres. Conhecer a AIDS constitui um elemento indispensável para a prevenção do HIV. Sabe-se que o fato de se conhecer a doença não é suficiente para a adoção de um comportamento preventivo, mas, contribui e influencia a percepção das mulheres quanto à susceptibilidade ao vírus e a sua percepção da gravidade da infecção, nos principais componentes de sua via. De acordo com o Modelo proposto por Becker, o conhecimento da doença constitui um dos fatores modificadores que poderá predizer o comportamento preventivo em saúde.

As mulheres devem compreender que a AIDS não é consequência das relações sexuais, mas, do contato com indivíduos infectados, através da não adoção do sexo seguro. Para isso, é necessário que elas estejam preparadas para compreender os riscos de contraírem o HIV, através do conhecimento dos meios de transmissão da AIDS.

Pode-se destacar que 12 (5,7%) das mulheres não contaminadas e 28 (40,0%) das não contaminadas deixaram de identificar a gestação, o parto e a amamentação como meios de transmissão do HIV. A transmissão de mãe para filho alcançou um percentual bastante significativo, demonstrando que as mulheres contaminadas e não contaminadas que desconhecem essa via de transmissão para o HIV poderão expor seus filhos aos riscos de nascerem infectados pelo HIV. Devido esse dado, foi necessário reforçar o papel da mulher na transmissão vertical do HIV e orientá-las nesse sentido. Verificou-se que a amostra estudada foi constituída de mulheres, em sua maioria em idade reprodutiva (figura 2).

O sêmen foi identificado com transmissor do HIV, por 100% das mulheres contaminadas. Esse percentual se deu, possivelmente, pelo fato de

todas as mulheres entrevistadas terem, como forma de contaminação, a via sexual. N grupo de mulheres não contaminadas, apenas 2 (2,9%) desconhecem essa via como meio de contaminação pelo HIV. É preocupante que ainda se encontrem pessoas que desconhecem o sêmen como elemento transmissor do HIV, pois ele constitui um elemento que expõe a mulher aos riscos dessa infecção.

Levando-se em consideração o número de mulheres contaminadas: 5 (7,2%) e mulheres não contaminadas: 10 (14,3%) que desconhecem a secreção vaginal como elemento que transmite o HIV, torna-se evidente que são pessoas que estão pondo em risco sua saúde: as primeiras devido à importância da secreção vaginal com meio de contribuir para aumentar a carga viral do companheiro e as outras, por desconhecerem aspectos relevantes da AIDS, o que dificulta sua compreensão dos benefícios da adoção de medidas preventivas para o HIV. Esse fato pode diminuir as chances dessas mulheres de perceberem o risco que essa via representa para a disseminação do HIV na população feminina, além do fato que desconhecerem ser HIV positivas, contribuirá para sua disseminação através dos parceiros sexuais.

A quantidade de número de mulheres que desconhecem essa via como transmissora do HIV foi pequena, em termos de número, mas, alta, por representar desconhecimento dos riscos que representa para a disseminação do HIV, por ser o principal meio de contaminação das mulheres infectadas pelo HIV, contribuindo, hoje, por 86,2% do número de casos de AIDS em mulheres (BRASIL, 2002b).

**Tabela 4** — Distribuição das variáveis relacionadas com o conhecimento sobre a transmissão sexual do HIV, por grupo, e resultados do teste qui-quadrado. João Pessoa - 2003

Variável		Grupo de Mulheres				$\chi^2$	Valor p
		Contam.		Não contam.			
		n	%	n	%		
A mulher tem mais facilidade de contrair o HIV do que o homem	C	50	71,4	41	58,6	2,666	0,264
	D	20	28,6	29	41,4		
A mulher transmite o HIV para o homem nas relações sexuais	C	66	94,3	61	87,1	6,641	0,036*
	D	4	5,7	9	12,8		
Uma pessoa pode ser portadora do HIV, não manifestar seus sintomas e transmitir o vírus a seus parceiros sexuais	C	55	78,6	64	91,4	4,792	0,091
	D	15	21,4	6	8,6		

\* Significativo ao nível de 5% (p-valor < 0,05) – Legenda: C = Conhece D = Desconhece

Ao se investigar, junto às mulheres, seus conhecimentos acerca da transmissão do HIV, verificou-se, através da tabela 4, que as mesmas possuem conhecimento do fato de **terem mais facilidade de contrair o HIV do que o homem** e de **poderem ser portadora do HIV, não manifestar seus sintomas e transmitir o vírus a seus parceiros sexuais**. Conforme aponta o teste de qui-quadrado ( $p>0,05$ ), não houve diferenças significativas de opinião entre as mulheres do grupo não contaminado e do grupo de mulheres contaminadas acerca da temática, exceto para a questão **a mulher transmite o HIV para o homem, nas relações sexuais**.

Os resultados indicam que grande parte das mulheres pesquisadas, 20 (28,6%) das mulheres contaminadas e 29 (41,4%) das mulheres não contaminadas desconhecem que a mulher tem mais facilidade de contrair o HIV do que o homem, por diversas razões: primeiro biologicamente, a mulher é mais vulnerável ao HIV, em decorrência da grande superfície exposta da vagina e do cervix; segundo, o sêmen possui uma concentração mais alta do HIV do que o fluido vaginal ou cervical (CHIRIBOGA, 1997; DASSEY, 1998: OMS, 1994).

Outro fator importante nesse caso está relacionado, com as questões de gênero que interferem no poder da mulher em decidir assuntos relacionados com sua sexualidade. A condição de submissão em que vivem as mulheres brasileiras e o comportamento infiel do homem, seja esposo ou companheiro, em virtude das relações extraconjugais heterossexuais ou bissexuais influenciam a vulnerabilidade da mulher ao HIV. A mulher é quatro vezes mais susceptível à contaminação por via sexual do que o homem (ROSA et al., 1999).

Desconhecer a vulnerabilidade da mulher ao HIV, constitui um ponto crucial para o planejamento preventivo dessas mulheres. Como pode a mulher perceber-se em risco de contrair o HIV, se não lhe são repassados conhecimentos específicos das questões de vulnerabilidade biológica? Esses aspectos, atualmente, são negligenciados pelos programas de prevenção ao HIV.

É necessário, então, que sejam planejadas ações educativas específicas, estritamente ligadas às questões de vulnerabilidade feminina. Não adianta se mandar fazer uso da camisinha, se a mulher que escuta a mensagem não consegue associa-la a suas necessidades de prevenção, pois acredita que o uso da camisinha é para quem está-se expondo ao vírus e nunca para ela que desconhece a sua vulnerabilidade e a disseminação crescente do HV na mulher, mudando o perfil epidemiológico da AIDS.

**Transmitir o HIV ao homem** foi uma questão em que a maioria das mulheres demonstrou possuir entendimento. Quatro (5,7%) das mulheres contaminadas e 9 (12,8%) das mulheres não contaminadas desconhecem esse assunto. As dúvidas em relação aos aspectos relacionados com a transmissão do HIV foram evidenciadas, de forma freqüente, durante as entrevistas. Muitas respondiam sim, mas, em seguida, surgia uma pergunta para esclarecimentos acerca dos riscos da mulher em contrair o HIV.

Do total das mulheres pesquisadas, 15 (21,4%) são do grupo de contaminadas e 6 (8,6%) do grupo de não contaminadas, que desconhecem que



uma pessoa pode ser portadora do HIV, não manifestar sintomas e transmitir o vírus a seus parceiros sexuais. Conhecer o que significa ser portador são é reconhecer a possibilidade de contrair o HIV nas relações sexuais, independentemente de o parceiro aparentar saúde ou garantir verbalmente negatividade, sem a realização dos testes específicos para detectar os anticorpos do HIV. Desconhecer essa questão, de certa forma constitui um risco para as mulheres, pois, ao acreditar na aparência saudável do parceiro, poderão estar deparando-se com uma possível infecção.

**Tabela 5** — Distribuição das variáveis relacionadas com o conhecimento acerca dos riscos de contrair o HIV, por categorias sexuais, e resultados do teste qui-quadrado. João Pessoa - 2003

Variável		Grupo de Mulheres				$\chi^2$	Valor p
		Contam.		Não contam.			
		n	%	n	%		
Homens que fazem sexo só com mulheres, sem usar camisinha, estão em risco de contrair o HIV?	S	68	97,1	66	94,2	2,030	0,496
	N	0	0,0	2	2,9		
	NS	2	2,9	2	2,9		
Homens que fazem sexo tanto com mulheres, como com homens estão em risco de contrair o HIV?	S	69	98,6	70	100,0	0,993	1,000
	N	0	0,0	0	0,0		
	NS	1	1,4	0	0,0		
Homens que fazem sexo só com homens, sem usar camisinha, estão em risco de contrair o HIV?	S	70	100,0	68	97,1	2,029	0,946
	N	0	0,0	0	0,0		
	NS	0	0,0	2	2,9		
As profissionais do sexo (prostitutas) estão em risco de contrair o HIV?	S	69	98,6	69	98,6	0,000*	1,000
	N	0	0,0	1	1,4		
	NS	1	1,4	0	0,0		

\* Significativo ao nível de 5% (p-valor < 0,05) – Legenda: S = Sim N = Não NS = Não sei

A tabela 5 evidencia o conhecimento das mulheres pesquisadas sobre os riscos de contraírem o HIV, por categorias sexuais. Os dados evidenciam que a maioria das mulheres pesquisadas de ambos os grupos detém um conhecimento das categorias de exposição sexual, homossexual, bissexual, heterossexual e

profissional do sexo como indivíduos com risco de contrair o HIV nas relações sexuais desprotegidas.

De acordo com os resultados do teste qui-quadrado, não foi observada nenhuma diferença significativa que norteou o conhecimento das pesquisas de ambos os grupos, acerca dos riscos de contrair o HIV, por categorias sexuais.

Durante as entrevistas, observou-se que as respostas apontadas denunciavam uma carga de responsabilidade para as categorias homossexuais e profissionais do sexo, como agentes de maior risco de contrair o HIV quando comparadas com as demais.

No início da epidemia, a AIDS foi caracterizada como a peste gay, o que contribuiu para que essa categoria fosse discriminada e sofresse com os preconceitos. Os anos se passaram, mas, marcas do rótulo permaneceram para essa categoria, uma vez que é identificada, ainda, como disseminadora do HIV. No entanto, os dados epidemiológicos apontam para uma diminuição do número de casos de AIDS, evidenciados a partir da luta de organizações: governamentais e não governamentais que desenvolveram atividades educativas direcionadas para ações preventivas de grupos de homossexuais.

A carga do preconceito fez com que não somente o grupo de homossexuais, mas também os profissionais do sexo percebessem sua vulnerabilidade e, conseqüentemente, optassem por adotar um comportamento seguro, de modo que cedeu lugar aos heterossexuais que, pelo fato de acreditarem não pertencer aos classificados como grupo de risco, negligenciaram sua real vulnerabilidade, deparando-se, ano a ano como o crescente número de casos de AIDS nessa última categoria (BRASIL, 2002b).

Em estudo realizado por Guimarães (2001), evidenciou-se uma queda no número de casos de AIDS, entre profissionais do sexo. O índice diminuiu três vezes e o que, em 1996 representava 18% dos casos de AIDS, hoje é de apenas



6%. Segundo a Agência Brasil, 77% delas usam camisinha com seus clientes (AIDS..., 2002).

Acredita-se que, enquanto não for desmistificado o risco exclusivamente de determinadas pessoas ou grupo, associado a sua opção sexual, não se conseguirá alcançar a conscientização das pessoas quanto a sua vulnerabilidade ao HIV, independentemente de pertencerem ou não às categorias citadas.

**Tabela 6** — Distribuição das variáveis relacionadas com o conhecimento acerca das medidas para prevenir os riscos de contrair o HIV nas relações sexuais, por grupo, e resultados do teste qui-quadrado. João Pessoa – 2003

Variável		Grupo de Mulheres				$\chi^2$	Valor p
		Contam.		Não contam.			
		n	%	n	%		
Não fazer sexo é um meio seguro para se evitar AIDS?	C	48	68,6	47	67,1	0,330	1,000
	D	22	31,4	23	32,9		
Evitar múltiplos parceiros reduz os riscos de se contrair o HIV nas relações sexuais?	C	64	91,3	64	91,4	0,001	1,000
	D	6	8,7	6	8,6		
Possuir um único parceiro numa relação fiel e monogâmica elimina os riscos de se contrair o HIV nas relações sexuais?	C	56	80,0	64	91,4	3,733	0,089
	D	14	20,0	6	8,5		
Usar camisinha em todas as relações isenta o indivíduo dos riscos de contrair o HIV?	C	63	90,0	61	87,1	0,282	0,791
	D	7	10,0	9	12,9		

\* Significativo ao nível de 5% (p-valor < 0,05) – Legenda: C = Conhece D = Desconhece

A tabela 6 demonstra o conhecimento das medidas preventivas para HIV. Aplicando o teste qui-quadrado nas questões acima discutidas, observou-se que a  $H_0$  foi aceita ( $p>0,05$ ), significando que não existem diferenças de opinião sobre o conhecimento dessas medidas, entre as mulheres contaminadas e as mulheres não contaminadas.

Verificou-se que, 48 (68,6%) das mulheres contaminadas e 47 (67,1%) das mulheres não contaminadas referiram que não fazer sexo é um meio seguro para se evitar a AIDS. No entanto, os dados revelam, também, que um número bastante significativo de mulheres contaminadas, 22 (31,4%) e de 23 (32,9%) mulheres não contaminadas desconhecem que não fazer sexo protege as pessoas da probabilidade de encontrar um parceiro HIV positivo.

A maioria, 64 (91,4%) das mulheres investigadas de ambos os grupos afirmou que evitar múltiplos parceiros reduz os riscos de se contrair o HIV. Apenas 8,6% de ambos os grupos desconhecem a sua importância. Essa medida é divulgada e trabalhada pelos órgãos oficiais como estratégias para reduzir a possibilidade de o indivíduo se deparar com o HIV. Levando-se em consideração que o risco de se contrair o HIV aumenta de acordo com o número de parceiros sexuais, muitas mulheres acreditem que o fato de ter um único parceiro é condição para que seja garantida a sua negatividade para a doença. Como afirma Lescura (1994), essa condição, além de aumentar a probabilidade de se adquirir o HIV pela exposição ao vírus, contribui para a sua disseminação.

Essa crença poderá constituir uma barreira para os programas de prevenção que deverão fornecer informações claras e objetivas do que seja evitar múltiplos parceiros ou diminuir os parceiros. Acredita-se que essa orientação não seja compreendida, em sua essência, pela população feminina. **Para as entrevistadas quando o assunto era prevenção, apontavam, com bastante ênfase, ter um único parceiro como um meio de muita garantia para se evitar os riscos de contrair o HIV.**

**Possuir um único parceiro numa relação fiel e monogâmica** foi apontado por 56 (80,0%) das mulheres contaminadas e 64 (91,4%) das mulheres não contaminadas, como meio que elimina os riscos de uma pessoa contrair o HIV.

Efetivamente, a fidelidade constitui um meio eficaz para a prevenção do HIV, porém, ela, ao mesmo tempo, torna-se uma barreira para a mulher perceber-se em risco de deparar-se com uma possível infecção. Até que ponto essa fidelidade é verdadeira? Este estudo demonstrou que, entre as mulheres contaminadas, prevaleceu a confiança como elemento de garantia para a mulher sentir-se distante do HIV. Esse questionamento é feito também por Gómez (1998), quando refere que as campanhas de prevenção que seguem insistindo sobre a fidelidade do companheiro, desconhecem, deliberadamente, que grande parte das infecções, em mulheres, se produz nas relações heterossexuais que elas mantêm com seus parceiros fixos. Acrescenta, ainda, que o fato de estar casada é um fator de risco para todas as mulheres de distintas sociedades, pois, segundo dados de Research and Control Center (ARCON), a cada 10 mulheres HIV positivas, na América Latina, uma corresponde a uma dona de casa.

Os dados revelam que 63 (90,0%) das mulheres contaminadas e 61 (87,1%) das mulheres não contaminadas reconhecem a importância do uso sistemático da camisinha como meio de se prevenir do HIV. Fernandes et al. (2000), em estudo realizado sobre conhecimentos, atitudes e práticas de mulheres brasileiras de 13 a 40 anos com relação às doenças transmitidas sexualmente, verificaram que 72,7% das mulheres pesquisadas conheciam a importância do uso da camisinha como meio de proteção para as DST. Afirmam, ainda, que, apesar dos conhecimentos acerca da transmissão do HIV e das medidas de prevenção, isso não é suficiente para que elas não se sintam vulneráveis para contrair doenças transmitidas sexualmente.

Embora a informação não seja suficiente para estimular a adoção de autoproteção para o HIV, ela é essencial (VILELA; BRITO, 1999). O conhecimento dos meios de prevenção, pelas mulheres, é um elemento-chave para o trabalho educativo. Conhecer não significa, necessariamente, adotar conduta preventiva, porém, ao se identificar os meios, deve-se desenvolver, na mulher, questionamentos e discussões, de modo que ela venha a descobrir, por si

própria, a eficácia do método escolhido para reduzir ou eliminar a ameaça de se infectarem pelo HIV.

O conhecimento não se apresenta de forma uniforme no país, pois varia de acordo com o nível de desenvolvimento econômico de cada região. O grau de conhecimento sobre a AIDS é ainda menor nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Existem falta de esclarecimentos ou equívocos sobre os modos de transmissão, prevenção e tratamento da doença (FOLHETO MULHER E AIDS, 2002b).

**Tabela 7 —** Distribuição percentual das mulheres contaminadas e não contaminadas, segundo contato com pessoas com HIV/AIDS.  
João Pessoa - 2003

Contato com pessoas HIV/AIDS	Mulheres contaminadas		Mulheres não contaminadas	
	n	%	n	%
Sim	9	12,9	18	25,7
Não	61	87,1	52	74,3
Total	70	100,0	70	100,0

A tabela 7 demonstra que entre as mulheres contaminadas pôde-se verificar que a maioria, 61 (87,1%) revelou nunca ter tido qualquer contato com pessoas contaminadas pelo HIV e apenas 9 (12,9%) referiram conhece-las e mantiveram contato social com algumas delas. Entre as mulheres não contaminadas verificou-se que 18 (25,7%) afirmaram contato com pessoas com HIV/AIDS, provavelmente esse fato deva contribuir para eu elas sintam doença mais próxima da sua vida. Enquanto isso um percentual significativo, ou seja, 74,3% dessas mulheres conhecem a AIDS subjetivamente, sem contato físico com pessoas que vivenciam a doença. Fazendo parte dos fatores modificadores do Modelo de Crenças em Saúde, o contato anterior com a doença, constitui uma variável social que possivelmente influencia na percepção individual de cada pessoa, diante do que significa AIDS.

### 4.3 Comportamento sexual e preventivo para AIDS

**Tabela 8** – Distribuição percentual das mulheres contaminadas e não contaminada segundo idade inicial de atividade sexual. João Pessoa - 2003

Início da atividade sexual	Mulheres contaminadas		Mulheres não contaminadas	
	n	%	n	%
11 – 14	17	24,3	15	21,5
15 – 18	31	44,4	32	45,7
19 – 24	14	20,0	18	25,7
+ 25 anos	8	11,3	5	7,1
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>

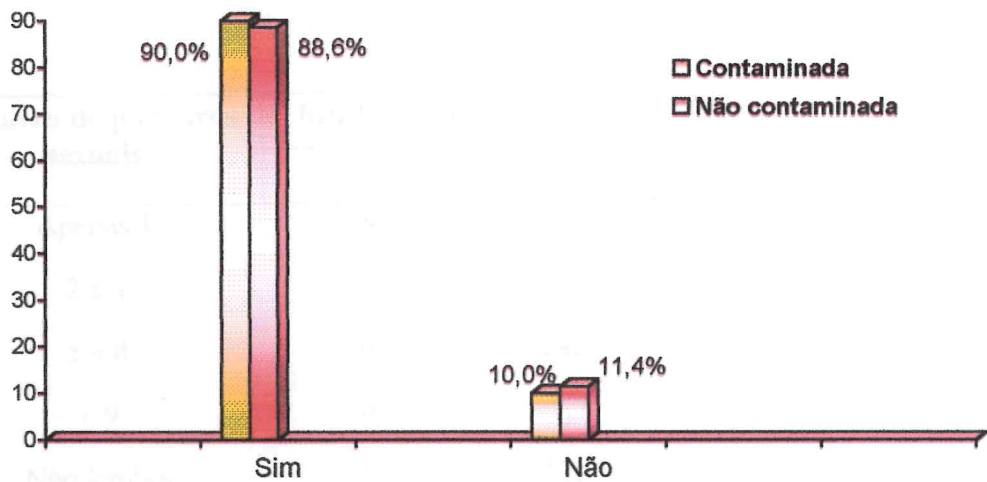
A tabela 8 demonstra que 68,7% das mulheres contaminadas e 66,8% das não contaminadas tiveram uma iniciação sexual precoce, com idades entre 11 e 18 anos. Essas idades são de muita importância para os programas de prevenção, uma vez que as contaminações, possivelmente, tenham ocorrido durante a adolescência, devido ao longo período de incubação do vírus. A média de idade para a iniciação sexual, para o grupo das mulheres contaminadas, foi de 17,7 e, para as mulheres do grupo não contaminado, foi de 17,9. Isso demonstra que entre os dois grupos não houve diferenças significativas para o início dessas atividades. Média de idade semelhante à do primeiro intercuro sexual (17,5 anos) foi encontrada por Santos et al. (2002), em estudo realizado em um grupo de mulheres.

A iniciação sexual precoce é vista por muitos especialistas como um elemento que contribui para o crescimento de novas infecções pelo HIV. A infectologista Benalba de Medeiros confirma essa hipótese, quando alerta que “está aumentando o número de casos de AIDS entre os jovens, principalmente devido à iniciação sexual precoce e sem responsabilidade” (SANTIAGO, 2003).



Quanto mais cedo a mulher inicia sua atividade sexual, mais cedo se expõe aos riscos de deparar-se com um parceiro sexual positivo para o HIV.

O jovem, além de não dispor de um trabalho educativo que esclareça os riscos e a vulnerabilidade da mulher ao vírus, em âmbito familiar e na escola, vivencia os efeitos de uma adolescência em que a sexualidade está sendo construída para ser usada, independentemente do valor do amor e do respeito pela vida e pelo corpo. A sexualidade deve ser exercitada a partir da conscientização de suas conseqüências físicas e psicológicas, de forma que a responsabilidade seja o foco central de sua pratica.



**Figura 10** — Distribuição percentual de Mulheres Contaminadas e Não Contaminadas segundo Parceiro Fixo

Segundo dados da figura 10 observou-se que 63 (90,0%) das mulheres contaminadas referiram possuir parceiro fixo, antes de terem sido contaminadas pelo HIV. Sete (10,0%) dessas mulheres relataram não possuir, na época, parceiro fixo. É interessante ressaltar-se que dados semelhantes foram encontrados no grupo das mulheres não contaminadas: 62 (88,6%) possuem parceiro fixo e 8 (11,4) possuem parceiros eventuais.

Em estudo realizado sobre o comportamento sexual dos brasileiros, realizada pelo CEBRAP (Centro Brasileiro de Análise e Planejamento), em indivíduos de 16 a 65 anos, verificou-se que, das pessoas com vida sexual ativa, 81,5% referiu relacionamentos estáveis com apenas um parceiro, 6% afirmou ter apenas parceiros eventuais e 12,5% afirmou possuir, além de parceiro fixo, parceiros eventuais. No grupo estudado, observou-se que as relações estáveis são mais freqüentes entre as mulheres (95%) com mais de 25 anos idade (DOSSIÊ MULHER E AIDS, 2002b).

**Tabela 9** — Distribuição percentual das mulheres contaminadas e não contaminadas, segundo o número de parceiros sexuais. João Pessoa - 2003

Número de parceiros sexuais	Mulheres contaminadas		Mulheres não contaminadas	
	n	%	n	%
Apenas 1	8	11,4	40	57,1
2 a 4	39	55,7	26	37,1
5 a 8	10	14,3	2	2,9
+ 9	4	5,7	0	0
Não lembra	9	12,9	2	2,9
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>

De acordo com os dados da tabela 9, pode-se observar que, entre as mulheres contaminadas, a maioria (55,7%), referiu ter tido de dois a quatro parceiros sexuais e 23 (32,9%) relataram ter tido mais de cinco parceiros sexuais. A média de parceiros sexuais, para esse grupo, foi de 2,53 e a mediana de 2,00. Em estudo realizado por Westrupp (1998), foram encontradas mulheres que tiveram até quatro parceiros sexuais e nove que não tiveram parceiro algum.

Para as mulheres não contaminadas, a média foi de 1,54 parceiros sexuais e a mediana de 1,00. Isso significa que as mulheres do grupo



contaminado tiveram mais parceiros sexuais do que as mulheres não contaminadas, reforçando-se a tese de que quanto maior for a média de parceiros maior será o risco de contrair a infecção.

É importante destacar-se que, no grupo de mulheres contaminadas, verificou-se que entre aquelas que referiram ter tido de dois a quatro parceiros sexuais, os relacionamentos foram vividos em uniões estáveis, duradouras e fixas. Na realidade, elas afirmaram: “Tive três relacionamentos, mas sou uma mulher de bem. Não sou mulher de muitos, sou mulher de um homem só”. Vários outros depoimentos que demonstraram que essas mulheres, uma vez iniciada sua sexualidade muito cedo, relacionam-se com vários parceiros, porém distantes dos relacionamentos chamados promíscuos.

A AIDS por ser uma doença transmissível pela relação sexual, de probabilidade de as mulheres encontrarem um parceiro sexual infectado pelo HIV é diretamente proporcional ao número de parceiros tido por elas durante sua vida. A cada parceiro com que a mulher se relaciona, independentemente dos anos que a relação durou, o risco aumenta, devido ao passado do companheiro que, possivelmente, se relacionou com outras mulheres ou homens, formando uma rede de riscos e aumentando, assim, a probabilidade de ela encontrar um elemento HIV positivo. É importante esclarecer que as mulheres que possuíam apenas um parceiro foram contaminadas, em decorrência de possíveis relações desprotegidas de seus companheiros.

Quanto ao número de parceiros sexuais no grupo de mulheres não contaminadas, verificou-se que, ao contrário das infectadas, a maioria, 40 (57,1%), referiu ter tido apenas um parceiro sexual, vindo, em seguida, o grupo que possuiu de dois a quatro parceiros sexuais, com 26 (37,1%). O fato de possuir um único parceiro torna a mulher extremamente vulnerável ao HIV, pois, ter parceiro fixo significa, para a maioria das mulheres, estar livre dos riscos reais de contrair o HIV. Vale ressaltar que essa vulnerabilidade ocorre pelo risco que a mulher enfrenta ao acreditar na fidelidade do companheiro. A mulher deve estar

consciente de que para garantir uma soronegatividade para o HIV, torna-se necessário que ambos sejam negativos e vivam uma relação fiel, monogâmica ou que o parceiro esteja consciente da importância de proteger-se nas relações sexuais fora do relacionamento.

**Tabela 10** — Distribuição percentual das mulheres contaminadas, segundo o uso da camisinha e parceiro fixo antes de serem infectadas. João Pessoa-2003

Uso de camisinha	Parceiro fixo			
	Sim		Não	
	n	%	n	%
Sempre	0	0	0	0
As vezes	27	45,0	4	40,0
Nunca usou	33	55,0	6	60,0
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>10</b>	<b>100,0</b>

Entre mulheres do grupo contaminado, 60 (85,7%) possuíam parceiros fixos e 10 (14,3%) parceiros eventuais (tabela 10). Das 60 mulheres que referiram possuir parceiros fixos antes da contaminação, 33 (55,0%) relataram nunca terem usado o preservativo masculino nas relações sexuais; 27 (45,0%) o fizeram algumas vezes. Das 10 mulheres que afirmaram não ter parceiros fixos antes da contaminação, 4 (40,0%) referiram usar camisinha às vezes e 6 (60,0%) nunca o fizeram em suas relações sexuais. Constata-se que a baixa percepção de risco influenciou esse grupo na não adoção de medidas preventivas.

Confrontada a relação entre ter e não ter parceiro fixo, essas duas situações, a probabilidade do uso da camisinha não se diferenciou do fato de ter ou não ter parceiro fixo. Nesse grupo, o não uso sistemático do preservativo, demonstrou a baixa percepção dos benefícios do uso da camisinha como forma de se reduzir os riscos de contrair o HIV. Isso demonstra que o fato de se identificar os meios de prevenção ou de perceber os benefícios das ações

preventivas, não é suficiente para que a pessoa adote um comportamento seguro nas relações sexuais. É necessário que se busquem estratégias para minimizar ou eliminar as barreiras culturais e sociais que agem como força contrária à proteção das mulheres contra a infecção pelo HIV.

**Tabela 11** — Distribuição percentual das mulheres contaminadas e não contaminadas segundo, uso da camisinha masculina pelo parceiro. João Pessoa –2003

Uso de preservativo	Grupo de mulheres			
	Contaminadas		Não contaminadas	
	n	%	n	%
Sempre	42	60,0	12	17,1
As vezes	3	4,3	18	25,7
Não tem parceiro	21	30,0	1	1,4
Não usa	4	5,7	39	55,8
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>

A tabela 11 revela que, após o resultado positivo para o HIV, verificou-se que a maioria das mulheres contaminadas, 42 (60,0%), referiu que o parceiro utilizava a camisinha em todas as relações sexuais com elas; 3 (4,3%) afirmaram que o parceiro só usava a camisinha, às vezes, e 4 (5,7%) das mulheres negaram o seu uso por acreditarem que os dois estando contaminados, não seria necessário proteção. Uma médica infectologista do Hospital Clementino Fraga afirma que as pessoas acham que os coquetéis anti-retrovirais as mantêm vivas e, por isso, não estão se protegendo, pois caso ocorram relações sexuais desprotegidas, poderá ocorrer de o vírus se tornar resistente (SANTIAGO, 2003).

Vale ressaltar que a orientação da obrigatoriedade do uso da camisinha por casais infectados é realizada durante todo o processo de acompanhamento do cliente, nas consultas ambulatoriais. Foi observado, aí, um

certo desinteresse das mulheres em cuidar da sua saúde em relação a se prevenirem de nova infecção. Paiva (1998) afirma que o fato de as parceiras serem positivas ou não, afeta de forma significativa, a decisão de não usarem o preservativo. Acrescenta, ainda, que o homem, mesmo sabendo que a companheira é positiva, recusa-se a usar a camisinha pelos mesmos motivos: não gostam de usar o preservativo, preferindo arriscar na sorte ou compartilhar a mesma sorte.

Dentre as 70 mulheres do grupo contaminado, 21 (30,0%) não fazem uso da camisinha por, no momento, encontrarem-se sem atividades sexuais, mas, garantiram que, se resolvessem retornar à ativa, iriam, com certeza, utilizar a camisinha sistematicamente. O fato de ser portador do HIV altera a vida sexual das mulheres. É o que evidenciou Freitas (2000), em seu estudo realizado em pessoas HIV positivas, identificando a presença de distúrbios sexuais, refletidos na diminuição ou encerramento das atividades sexuais.

Essas alterações são estudadas em mulheres e de acordo com Westrupp (1998, p.53),

a falta de interesse sexual pelo parceiro infectado é uma manifestação comum entre as mulheres que se sentem traídas, ao constatarem que seu parceiro é portador do vírus, principalmente, quando a causa dessa traição está diretamente relacionada com o bissexualismo. Além disso, existem os fatores relacionados aos valores morais e a morte.

Em relação ao uso da camisinha masculina pelo parceiro, verificou-se que, entre as mulheres não contaminadas, 12 (17,1%) referiram que ele a usa, sistematicamente. É importante destacar que 8 delas são solteiras e 4 são casadas. Essas últimas justificaram o uso sistemático do preservativo, pelo fato de desconfiarem da fidelidade de seu parceiro. Fraga (1999), em estudo, encontrou entre os pesquisados, um percentual de 30% dos que usam, sistematicamente, o preservativo nas relações sexuais.

O uso não sistemático da camisinha foi referido por 18 (25,7%) das mulheres não contaminadas, dentre essas 5 (28%) solteiras afirmaram que sua utilização dependia do tipo de parceiro, sendo, também, usada como método contraceptivo. Para as casadas, 13 (72%), esse uso se restringia, exclusivamente, à prevenção contra uma gravidez indesejada. Trinta e nove (55,7%) das mulheres referiu não fazer uso do preservativo masculino em suas relações sexuais. Esse comportamento demonstra um desconhecimento na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, como a AIDS. Comportamento semelhante foi encontrado por Burr, Tarrés e Paiva (1998), que, em seu estudo em mulheres, avaliaram a probabilidade de se ter sexo desprotegido dentro de uma relação estável e de um relacionamento ocasional, tendo verificado que, confrontadas as duas situações, a probabilidade de ter sexo desprotegido aparece significativamente maior, quando é dentro de uma relação estável, e diminui, comparativamente, quando se tem um encontro casual.

Usar camisinha depende, tanto da percepção da necessidade de fazê-lo como forma de preservação da saúde, mas, também, de diversos fatores que interferem para sua utilização.

Os dados remetem à interpretação de que o baixo uso da camisinha masculina, no grupo de mulheres não contaminadas, é reflexo da falta de sua conscientização em relação ao risco de uma possível doença transmitida sexualmente, como a AIDS. Na percepção das mulheres estudadas, o uso da camisinha, possivelmente, está associado a relacionamentos promíscuos ou esporádicos.

Entende-se, também, que seu uso está culturalmente relacionado apenas com a necessidade da mulher de prevenir gravidez e que, para que se possa mudar essa crença, é necessário investir-se em esclarecimentos à população feminina sobre sua vulnerabilidade biológica e cultural, que faz com que todas as mulheres estejam em risco de contrair o HIV. Usar o preservativo,



sistematicamente, deverá fazer parte da vida de todas aquelas que queiram viver a liberdade de exercer sua sexualidade com segurança.

**Tabela 12** — Distribuição percentual das mulheres contaminadas e não contaminadas segundo opinião sobre o uso da camisinha feminina. João Pessoa - 2003.

Opinião sobre a camisinha feminina	Uso da camisinha							
	Mulheres contaminadas				Mulheres não contaminadas			
	Sim		Não		Sim		Não	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Péssima	7	20,0	0	0,0	0	0,0	1	3,8
Boa	2	5,7	0	0,0	2	7,7	3	11,5
Difícil de usar e incômoda	4	11,4	9	40,9	0	0,0	10	38,5
Não soube opinar	0	0	13	59,0	0	0,0	10	38,5
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>37,1</b>	<b>22</b>	<b>62,9</b>	<b>2</b>	<b>7,7</b>	<b>24</b>	<b>92,3</b>

Recentemente, as mulheres passaram a contar com um novo método de barreira controlado — o preservativo feminino. Representa um avanço para as mulheres, no que diz respeito à prevenção de Doenças Transmitidas Sexualmente e à AIDS. Estudos revelam sua eficácia e efetividade, quando comparada ao preservativo masculino para a prevenção de DST/AIDS e para se prevenir à gravidez.

Este estudo evidenciou que, das 70 mulheres contaminadas pelo HIV, 35 (50,0%) referiram conhecer a camisinha feminina, e 35 (50,0%) informaram desconhecer, por completo sua existência.

Das 35 que referiram conhecê-la, 13 (37,1%) fizeram uso da mesma, enquanto 22 (62,8%) declararam não tê-la usado. Das mulheres que fizeram uso da camisinha feminina, 2 (5,7 %) classificaram-na como boa, afirmando ser seu uso ideal para se proteger do HIV; 7 (20,0%), ou seja, a maioria, referiu ter



achado o seu uso péssimo e 4 (11,4%) a classificaram como difícil de usar e incômoda. Das que referiram desconhecer-la, 9 (40,9%) classificaram-na como difícil de usar e incômoda e 13 (59,0%) não souberam opinar.

Portanto, pode-se observar que a camisinha feminina tem uma pequena aceitação entre as mulheres do grupo contaminado. Acredita-se que a preparação da mulher para o uso correto da camisinha, possivelmente, contribuirá para uma melhor aceitação da mesma, pois, nota-se que a dificuldade da maioria encontra-se em sua colocação.

Opinião semelhante foi verificada em pesquisa realizada em 37 mulheres participantes de um projeto realizado no Centro de Saúde Vila Mariana quanto à aceitação do método. Os resultados revelaram que a vergonha pode ser um dos maiores empecilhos para a adoção do uso da camisinha feminina, pois a parte que fica visível fere a auto-estima da mulher (CASTRO, 2002).

Diferenciando-se do encontrado na presente pesquisa o estudo realizado em 2.453 mulheres usuárias do serviço público de saúde em seis cidades brasileiras sobre o uso da camisinha feminina revelou uma aprovação de 70% pelas mulheres e as vantagens apontadas foram: protegê-las das DST (62%), ser confortável (38%) e fornecer maior autonomia à mulher de decidir pela sua própria proteção (27%) (MULHERES..., 1999).

Quanto ao grupo de mulheres não contaminadas, observou-se que a grande maioria desconhece sua existência 44 (62,9%). Os dados demonstram que, dentre as 70 mulheres investigadas, 26 (37,1%) referiram conhecê-la e, dessas, 2 (7,7%) referiram ter usado a camisinha feminina, classificando-a como boa para o uso. Das mulheres que referiram desconhecer-la, 10 (38,5%) a classificaram-na como difícil de usar e incômoda, enquanto 10 (38,5%) não souberam opinar.

O fato é que esse meio de prevenção é pouco divulgado pelos meios de comunicação em massa, como a televisão, que atinge um número

relativamente expressivo da população em geral. Outro fator que pode dificultar a utilização da camisinha feminina, por um número maior de mulheres é sua disponibilidade limitada, devido ao seu alto custo.

Em estudo realizado em ZIMBÀBUE, em mulheres, evidenciou-se que, após serem elas treinadas para usar a camisinha feminina, em oficinas, com os parceiros, elas preferiram esse preservativo, por não se sentirem capazes de negociar, com seus parceiros, o uso da camisinha, masculina, enquanto a feminina lhes oferecia um tipo de controle que nunca tinham experimentado, sentindo-se, também, mais protegidas com o preservativo feminino, por ser mais forte e mais difícil de romper-se. (SEXO..., 2000).

A aceitabilidade da camisinha, pela população feminina, deve ser estimulada, de forma que as campanhas divulguem a existência da camisinha feminina como método alternativo na prevenção da AIDS e no engajamento de todos os profissionais que atuam na área de saúde da mulher, que buscarão estratégias para ensinar-lhe corretamente a técnica de colocação, bem como, explicar-lhe os benéficos que seu uso trará para a preservação de sua saúde. Conhecer e perceber os benéficos, isoladamente, não a conduzirá a uma ação preventiva eficaz, fazendo-se necessário trabalhar as possíveis barreiras que possam influenciar uma conduta negativa para a ação preventiva. É necessário que se inclua, no planejamento, os parceiros sexuais, para um trabalho conjunto, com o objetivo principal de se alcançar uma decisão consciente e participativa.

4.4 Percepção sobre a Suscetibilidade ao HIV

Tabela 13 — Distribuição das variáveis relacionadas com a percepção da suscetibilidade ao HIV, por grupo, resultados dos testes do qui-quadrado e razão de risco. João Pessoa - 2003

Variável		Grupo de Mulheres				$\chi^2$	Valor p	Razão de Risco <sup>1</sup>
		Contam.		Não contam.				Grupo
		n	%	n	%			
Sua saúde física não permitiria (permitirá) contrair o HIV?	S	32	45,7	11	15,7	14,900	0,000 *	Cont. =1,939
	N	33	47,1	53	75,7			Ñ-cont. =0,415
	NS	5	7,1	6	8,6			
Você tinha (tem) certeza de que não pegaria (pega) o HIV, em suas relações sexuais?	S	44	62,9	23	32,9	11,640	0,001*	Cont. =1,793
	N	26	37,1	45	64,3			Ñ-cont. =0,542
	NS	0	0,0	2	2,9			
Você admitia (admite) a possibilidade de contrair o HIV, porém acha esse fato pouco provável?	S	24	34,3	36	51,4	5,745	0,024 *	Cont. =0,658
	N	45	64,3	29	41,4			Ñ-cont. =1,531
		1	1,4	5	7,1			
Você julgava (julga) que poderia (pode) adquirir AIDS nos próximos anos?	S	7	10,0	24	34,3	12,869	0,000 *	Cont.=0,380
	N	60	85,7	41	58,6			Ñ-cont.=1,907
	NS	3	4,3	5	7,1			
Você se preocupava (preocupa) com o risco de contrair o vírus da AIDS?	S	21	30,0	47	67,1	19,330	0,000 *	Cont.=0,454
	N	49	70,0	23	32,9			Ñ-cont.=2,164
	NS	0	0,0	0	0,0			
Quando você fazia (faz sexo), você não se preocupava se seu parceiro estava (está) contaminado?	S	57	81,4	38	54,3	9,834	0,003 *	Cont.=1,938
	N	13	18,6	29	41,4			Ñ-cont.=0,579
	SN	0	0,0	3	4,3			

\* Significativo ao nível de 5% (p-valor < 0,05)  
Legenda: S = sim N = não NS = não sabe Contam. = contaminada / Não contam.= contaminada  
Cálculo efetuado em tabela 2x2, com exclusão da categoria NS

Os resultados da análise do componente do Modelo de Crenças em Saúde, ***Suscetibilidade Percebida***, demonstraram, na percepção quanto à crença de acreditar-se vulnerável ao HIV, diferenças significativas ( $p < 0,05$ ) entre os grupos estudados.

Os dados revelaram, ainda, que as mulheres contaminadas possuíam uma baixa percepção de risco de contraírem o HIV, antes de serem infectadas, quando comparadas com as mulheres não contaminadas. Uma razão de risco de 1,939 para as mulheres do grupo contaminado e 0,415 para as mulheres não contaminadas, significa que, a cada duas mulheres contaminadas, menos de uma mulher não contaminada **acreditava que sua condição física não lhe permitiria contrair o HIV, nas relações sexuais.**

Na questão que **abordava a certeza de que não pegaria AIDS nas relações sexuais**, a razão de risco demonstrou que, para cada duas mulheres contaminadas, havia menos de uma mulher do grupo não contaminado que possuía essa percepção.

A maior percepção de risco entre as mulheres não contaminadas se confirma, mais uma vez, quando a razão de risco demonstrou que, para cada uma e meia mulher não contaminada, menos de uma mulher contaminada **admitia a possibilidade de contrair o HIV, porém achava esse fato pouco provável.**

Já para a questão **Você julgava/julga que poderia/pode adquirir o HIV dentro dos próximos anos**, verifica-se que a cada duas mulheres não contaminadas, menos de uma mulher do grupo contaminado possuía a crença de ser vulnerável ao HIV, demonstrando, assim, uma baixa percepção de risco pessoal de contrair o HIV.

Quanto à **preocupação com o risco de contrair o HIV**, a razão de risco foi maior entre as mulheres do grupo não contaminado, pois, para cada duas mulheres desse grupo, menos de uma mulher do grupo contaminado admitia que se preocupava com a possibilidade de adquirir o vírus.

No que se refere à **preocupação com a condição de soropositividade do parceiro**, verificou-se que a razão de risco foi de: a cada duas mulheres contaminadas, menos de uma do grupo não contaminado não se preocupava se o parceiro estava infectado pelo HIV.

Percepção de suscetibilidade semelhante foi encontrada em estudo realizado por Paiva et al. (1998), em mulheres HIV positivas. Os dados revelaram que a maioria (59%) nunca tinha pensado que poderia ser positiva e a metade delas nunca pensou em tal possibilidade.

O fato de acreditar-se longe da possibilidade de contrair o HIV, possivelmente, contribuiu, em muito, para que as mulheres contaminadas estejam vivenciando a dura realidade de conviver com o vírus. Do mesmo modo, as mulheres não contaminadas que apresentaram uma baixa percepção pessoal do risco de contrair o HIV, necessitam de trabalhos preventivos que possam refletir sobre a falsa idéia de não se verem em risco de contrair o HIV, em suas relações sexuais. Torna-se de suma importância o destaque da percepção de risco, pois, a probabilidade de as informações serem entendidas e refletidas será maior para conscientização da mulher e possivelmente contribuirá para uma efetiva prática do sexo seguro.

Sabe-se que, por muitos anos, o crescimento do número de casos de AIDS, em mulheres, foi, até certo ponto, negligenciado pelos programas oficiais de prevenção do HIV, onde as informações limitavam-se ao uso de preservativos, à diminuição de parceiros, entre outras. Esse fato contribuiu para que as mulheres olhassem a AIDS como uma doença vinculada a determinados segmentos da população (grupos de risco divulgados no início da disseminação da epidemia) e nunca a mulheres com vida sexual estável. Atualmente, os meios de comunicação, esporadicamente, divulgam dados epidemiológicos, chamando a atenção para o crescimento de casos de mulheres com AIDS, inclusive, destacando o número de mulheres casadas ou com parceiros fixos.



Vale salientar que, durante as entrevistas, houve oportunidade para o desenvolvimento de ações educativas, a partir dos questionamentos gerados pelas dúvidas sobre o risco que a mulher corre em relação a sua prática sexual. Ficou bastante evidente, nas entrevistas, que as mulheres possuem uma dificuldade muito grande de acreditar que são vulneráveis ao HIV, por referirem, insistentemente, que não são “prostitutas”, “não possuem múltiplos parceiros”, sendo assim, mulheres de um homem só, mesmo que esse homem não tenha sido o único em sua vida, mas o único e verdadeiro em um determinado período de sua vida. Verifica-se que, em estudo realizado por Paiva et al. (1998), fato semelhante foi evidenciado pelas mulheres investigadas. Mais de 30% delas não se preocupavam com o risco de contrair o HIV, porque achavam não fazer parte dos “grupos de riscos”, nem tinham comportamento de risco e confiavam no parceiro.

Para aquelas mulheres que acreditam que são susceptíveis ao HIV, essa possibilidade foi-lhes atribuída ao risco teórico de o companheiro ser infectado em um relacionamento sexual extraconjugal, mas, ao mesmo tempo, esse fato era visto por elas como improvável, por acreditarem na fidelidade conjugal. Muitas declararam: “Eu confio, mas desconfio, ao mesmo tempo”. Observou-se, então, que as mulheres vivenciam o dilema de se verem em risco, mas, ao mesmo tempo, procuram fugir da terrível situação ou negar a possibilidade de enfrentar a infidelidade do parceiro.

A dúvida rodeia essas mulheres; a incerteza gera-lhes angústia, medo, de forma que se torna mais fácil para elas não pensar no assunto e acreditar ser a AIDS uma doença do outro, ou seja, que o risco existe para o parceiro de outra mulher, não para o dela. A dúvida da fidelidade conjugal vivenciada pelas mulheres não contaminadas é realidade para as mulheres contaminadas, ao se apresentarem infectadas por seus companheiros. A realidade dessas mulheres era traduzida por frases que retratavam a complexidade de acreditar-se vulnerável ao HIV, quando se tem um parceiro fixo. Elas afirmavam: “Nunca pensei que



acontecesse comigo, pois achava que meu esposo não pulava fora”. “Eu desconfiava, mas não queria acreditar na traição”. “Eu confiava no meu marido”.

No grupo de mulheres infectadas, ficou delineado, claramente, o arrependimento de não terem tido cuidado com seu corpo, de terem confiado e acreditado em uma fidelidade verbalizada constantemente pelo parceiro, quando posta em dúvida e, sobretudo, de não terem exigido o uso da camisinha. Hoje vivenciam os vários sentimentos de incertezas, dúvidas, inseguranças e, o pior de todos, a raiva de terem confiado e de terem sido desrespeitadas como seres humanos. Para elas, vivenciar ser portadoras do vírus ou ter AIDS é também carregar o peso da incerteza, pois, como bem retrata Lopes e Fraga (1998, p.76), “saber-se soropositivo não é apenas vislumbrar a possibilidade de adoecer, é também se ver ameaçado de morrer”.

A AIDS é uma doença que se apresenta de forma complexa para a mulher, pois, a percepção de risco parece variar com a situação vivenciada por ela. O fato de a mulher possuir um parceiro dedicado à família e que, devido ao seu comportamento, não lhes desperta dúvidas quanto a sua fidelidade, contribui para que essa mulher se veja distante da ameaça de contrair o HIV. Este tipo de comportamento pode ser estratégica do parceiro, para não despertar desconfiança. Essa mulher pode até acreditar que não esteja livre do risco de contrair o HIV, porém, torna-se mais cômodo descartar a idéia de uma possível contaminação, ou mesmo, inconscientemente, afastar a dúvida, com o objetivo de viver harmonicamente e preservar sua relação. Aquelas mulheres que possuem um parceiro que demonstra, através de certas atitudes e comportamentos, como os que foram verbalizados por muitas das entrevistadas: beber, sair à noite, dormir fora ou ser conhecido como mulherengo, possivelmente, se sentirão ameaçadas por uma possível infidelidade e, conseqüentemente, se considerarão como de maior risco para uma possível infecção pelo HIV. Portanto, a percepção de risco poderá estar ou não condicionada ao comportamento do parceiro. Segundo Guimarães (1996a), a norma familiar protege essas mulheres, pois elas

não se preocupam com a transmissão sexual do HIV, por acreditarem na fidelidade do marido (esposo), no amor que ela lhe dedica e no papel que desempenha nos cuidados com os filhos.

Na realidade, pode-se considerar que o poder do amor e a confiança vivenciada na relação homem-mulher constitui o elemento-chave para a vulnerabilidade da mulher. É o que consideram também Julião et al. (1999), devido ao fato de as mulheres cultivarem mitos românticos, quando vivenciam os relacionamentos e vêem o amor como todo poderoso e que, por isso, acreditam que os que amam estão imunes aos riscos.

4.5 Severidade percebida a AIDS

Tabela 14 — Distribuição das variáveis relacionadas com a severidade percebida a AIDS, por grupo, resultados dos testes de teste qui-quadrado e razão de risco. João Pessoa - 2003

Variável		Grupo de Mulheres				$\chi^2$	Valor p	Razão de Risco <sup>1</sup>
		Contam.		Não contam.				grupo
		n	%	n	%			
A AIDS é uma doença grave?	S	64	91,4	68	97,2	3,686	0,116	Cont.=0,566 Ñ-cont.=3,606
	N	6	8,6	1	1,4			
	NS	0	0,0	1	1,4			
A AIDS é uma doença que não tem cura?	S	62	88,6	63	90,0	1,542	0,326	Cont.=0,709 Ñ-cont.=1,680
	N	7	10,0	3	4,3			
	NS	1	1,4	4	5,7			
A AIDS é uma doença que mata muitas pessoas?	S	64	91,5	65	92,9	0,500	0,718	Cont.=0,794 Ñ-cont.=1,344
	N	5	7,1	3	4,3			
	NS	1	1,4	2	2,9			
Quando você pensava(pensa) na AIDS você sentia (sente) medo?	S	26	37,1	58	82,9	32,732	0,000 *	Cont.=0,382 Ñ-cont.=3,660
	N	43	61,4	10	14,3			
	NS	1	1,4	2	2,9			
Por ter pegado AIDS, sua vida familiar ficou prejudicada? Se você for contaminada a sua vida familiar será prejudicada?	S	21	30,0	46	65,7	20,977	0,000 *	Cont.=0,433 Ñ-cont.=2,489
	N	42	60,0	16	22,9			
	NS	7	10,0	8	11,4			
Por ter sido (se você for) contaminada pelo HIV, a sua relação amorosa sofreu (sofrerá) prejuízos?	S	47	67,1	61	87,1	10,931	0,001 *	Cont.=0,554 Ñ-cont.=2,636
	N	22	31,4	6	8,6			
	NS	1	1,4	3	4,3			
Sua vida em grupo mudou, depois que adquiriu AIDS? Sua vida em grupo poderá mudar depois se você adquirir AIDS?	S	22	31,4	56	80,0	1,504	0,244	Cont.=0,645 Ñ-cont.=1,276
	N	7	10,0	9	12,9			
	NS	41	58,6	5	7,1			
Por ter adquirido (Se você vier a ter) AIDS, a sua situação financeira ficou (poderá ficar) prejudicada?	S	29	41,4	50	71,4	17,938	0,000 *	Cont.=0,496 Ñ-cont.=2,441
	N	40	57,1	14	20,0			
	NS	1	1,4	6	8,6			
A AIDS prejudicou (poderá prejudicar) suas atividades? domésticas?	S	42	60,0	58	82,9	11,060	0,001 *	Cont.=0,570 Ñ-cont.=2,204
	N	28	40,0	10	14,3			
	NS	0	0,0	2	2,9			
A AIDS prejudicou suas atividades no trabalho? Se vier a adquirir AIDS, você será prejudicada no trabalho?	S	18	25,7	41	58,6	18,584	0,000 *	Cont.=0,430 Ñ-cont.=2,389
	N	39	55,7	16	22,9			
	NS	13	18,6	13	18,6			
Pelo fato de ter pegado (se você vier a pegar) AIDS, você acha que é (será) culpada?	S	32	45,7	28	40,0	0,213	0,728	Cont.=1,081 Ñ-cont.=0,921
	N	36	51,4	37	52,9			
	NS	2	2,9	5	7,1			
Sua vida acabou quando você adquiriu AIDS? Se você vier a pegar AIDS a sua vida acabará?	S	23	32,9	38	54,3	6,040	0,015 *	Cont.=0,637 Ñ-cont.=1,525
	N	42	60,0	29	41,4			
	NS	5	7,1	3	4,3			

\* Significativo ao nível de 5% (p-valor < 0,05)  
Legenda: S = sim N = não NS = não sabe. Contam. = contaminada. Não contam. = não contaminada.  
<sup>1</sup> Cálculo efetuado em tabela 2x2, com exclusão da categoria NS

Foram verificadas, nos resultados expressos na tabela acima (tabela 14) as crenças das mulheres contaminadas e não contaminadas em relação à gravidade da AIDS.

Analisando-se as três variáveis que delineiam a gravidade da AIDS, a partir da percepção das mulheres estudadas, pôde-se observar que as entrevistadas de ambos os grupos reconhecem a AIDS como uma doença que, quando acomete a pessoa, manifesta-se organicamente de forma **grave**, sendo **incurável**, porque não se dispõe de meios de tratá-la e, conseqüentemente, ocasiona inúmeras **mortes prematuras**. A taxa de mortalidade diminuiu consideravelmente nos últimos anos com o surgimento de drogas que agem no organismo, aumentando as defesas orgânicas para as infecções oportunistas.

A gravidade da doença está relacionada, para essas mulheres contaminadas, com a falta de medicamentos que eliminem o vírus ou de uma vacina que possa prevenir contrair o HIV. Dentre as mulheres contaminadas, 10,0% acreditam que a AIDS tem cura, justificando essa afirmação pelo fato de crerem que o vírus pode ser destruído, quando se tem fé religiosa. Procurar acreditar numa possível cura da AIDS faz parte do mecanismo de defesa dessas mulheres. A fé e a esperança, para muitas delas, são os ingredientes necessários para sobreviver aos danos que o vírus pode causar a seu organismo e a sua vida. A força espiritual contribui, indiscutivelmente, para ajudar o ser humano a enfrentar situações de crise. O poder da fé atinge dimensões muitas vezes inexplicáveis cientificamente.

Estudos futuros que investiguem a influência da crença religiosa em mulheres com HIV/AIDS, em muito poderão esclarecer o seu papel no tratamento e na luta por uma melhor qualidade de vida nesse grupo.

Enquanto doença que acarreta conseqüências em sua vida familiar, pessoal, social e financeira, verificaram-se diferenças significativas ( $p < 0,05$ ) nas crenças entre as mulheres dos dois grupos investigados, exceto para as seguintes variáveis estudadas: A AIDS é uma doença grave? A AIDS é uma

**doença que não tem cura? A AIDS é uma doença que mata muitas pessoas? Sua vida em grupo mudou, depois que adquiriu AIDS? Sua vida em grupo poderá mudar depois se você adquirir AIDS? Pelo fato de ter pegado (se você vier a pegar) AIDS, você acha que é (será) culpada?**

Apesar de a maioria das mulheres contaminadas referirem que a doença não afetou sua vida familiar, financeira e no trabalho, essa informação perde o seu significado, na medida em que constata-se diversos fatores que interferiram e que serão discutidos oportunamente. O mesmo não foi referenciado pelas mulheres não contaminadas, que afirmaram, de maneira evidente, a crença de que a AIDS afetaria sua vida familiar, amorosa, social, financeira e doméstica.

A maioria das mulheres contaminadas referiu que não possuíam medo da AIDS. O oposto foi afirmado pela maioria das mulheres não contaminadas. Isto é, para cada três e meia mulher não contaminada, menos de uma mulher contaminada apresentava tal sentimento.

Ter medo, não é, necessariamente, um elemento que deva contribuir para que a mulher se previna do HIV. Entretanto, entre aquelas que referiram não ter medo (grupo contaminado), observou-se uma relação de segurança, por se acreditarem distantes do risco de contrair o HIV. Entre as mulheres que referiram ter medo da AIDS, esse fato estava associado ao conhecimento da gravidade da doença e a sua proximidade com a morte, motivos também referenciados pelo grupo de mulheres não contaminadas.

Para Meneghin (1996), o fato de a AIDS ser uma doença nova representa o medo do desconhecido, a incerteza, contribuindo para ressurgir preconceitos relacionados com tabus e credices originalmente existentes em relação à sexualidade, que, como punição pode levar à morte.

O medo da AIDS é traduzido nas falas de mulheres HIV positivas investigadas por Spíndola e Banic (1998), como o medo do futuro, um futuro que



está constantemente presente no pensamento, como se o presente não existisse. As autoras afirmam que a própria doença contribui para que a perspectiva do futuro pareça um momento longínquo e inatingível.

O medo de ser identificada como pertencente ao grupo do qual sempre se viu distante (HIV positivo), gera medo, desespero e pavor na mulher. Apesar de não ter sido objetivo deste estudo analisar ou identificar o significado de ser portador do HIV, torna-se relevante registrar esses sentimentos percebidos durante as entrevistas, pois esse foi um dos inúmeros motivos que contribuiu para a não participação de muitas mulheres em nossa pesquisa.

Quanto ao relacionamento com os familiares, na aplicação do teste da razão de risco verificou-se que a cada duas mulheres do grupo não contaminado que acreditava que a AIDS prejudicaria substancialmente sua vida familiar, menos de uma mulher do grupo contaminado referiu esse prejuízo. Entre as mulheres infectadas pelo HIV, a maioria optou por revelar à família sua soropositividade, escolhendo um ou elegendo alguns membros da família para confidenciar e compartilhar sua doença. Dessa forma, daquelas que optaram pela revelação, 60,0% encontraram, no seio familiar, o apoio necessário para enfrentar os desafios que o diagnóstico de ser HIV positivo traz. O suporte familiar é, sem dúvida, um elemento que pode ajudar as mulheres soropositivas no enfrentamento da doença. Segundo Lopes e Fraga (1998, p.79), "a família é a base afetiva e social das pessoas, por isso, a falta de apoio familiar pode trazer consequências psíquicas graves para o portador de HIV/AIDS".

A importância de os familiares serem preparados para enfrentar a difícil tarefa de cuidar de um ente querido portador de uma doença como a AIDS é evidenciada por Souza et al. (2000), quando referem que o simples fato de possuir um membro da família portador do vírus HIV gera diversos sentimentos que envolvem o sofrimento causado pela doença, a discriminação e, sobretudo, a convivência com o fantasma da morte.



Estudo realizado por Sandala e Matias (2002) revelou que profissionais de saúde que vivenciaram a experiência de assistir pacientes com AIDS relataram dificuldades de lidarem com os familiares desses pacientes devido aos conflitos, sentimentos contraditórios e rejeição que permeiam essa relação.

No que diz respeito aos prejuízos que a AIDS pode acarretar no relacionamento amoroso, verifica-se que a grande maioria das mulheres contaminadas (67,1%) referiu que houve prejuízos nesse relacionamento. É interessante lembrar que o fato de 82,8% (figura 9) dessas mulheres terem sido contaminadas por seus companheiros, contribuiu para o estabelecimento de crises conjugais que foram diversas vezes citadas e confidenciais durante as entrevistas. Um percentual mais significativo de mulheres não contaminadas também acredita que, se infectadas pelo companheiro, teria seu relacionamento amoroso prejudicado.

Como um número significativo de mulheres contaminadas também referiram que não houve prejuízos em seu relacionamento amoroso (31,9%), a taxa de risco demonstrou que, a cada três mulheres não contaminadas, menos de uma mulher contaminada apontou prejuízos no seu relacionamento.

Quanto à percepção dos **prejuízos nos relacionamentos sociais** observou-se que não houve diferenças significativas de opinião entre as mulheres estudadas. A razão de risco evidenciou que, para cada uma mulher não contaminada, menos de uma mulher do grupo contaminado referiu tal prejuízo. Vale ressaltar que o fato de as mulheres terem optado pela alternativa “não sabe” (58,6%) se deu em virtude de não saberem as implicações da AIDS em sua vida social pois, desde a sua descoberta como infectada pelo HIV, decidiram manter-se em rigoroso anonimato em relação a sua condição de soropositividade. Portanto, não compartilharam sua doença com amigos, vizinhos, colegas de trabalho e de igreja, não podendo, assim, opinar sobre o assunto por não tê-lo vivenciado.

O fato de esconder sua condição de soropositiva demonstrou o medo de perder o relacionamento com os amigos, uma vez que eles poderiam não aceitar sua condição. Lopes e Fraga, (1998, p. 78) afirmam que “o medo de perder a proximidade com pessoas amigas é um importante agente estressor”. Acrescentam, ainda, que, estar soropositivo é estar submetido a um agente estressor.

Problema semelhante foi encontrado por Freitas (2000), em seu estudo em indivíduos portadores do HIV, onde identificou receio de os mesmos revelarem a sua condição de infectados. Para Ostrow (1997), o fato de esconder a condição de soropositividade está relacionado a fatores psicossociais, como a rejeição e a discriminação.

Para Paiva (1998), o medo do preconceito, em destaque para as mulheres que escondem o diagnóstico de HIV de sua família e de colegas do trabalho, gera obstáculos importantes, sobretudo quando referem esconder ou disfarçar os 12 a 24 comprimidos anti-AIDS que devem tomar por dia e que devem ser ingeridos em horários rígidos.

Entre aquelas que afirmaram que houve prejuízos em suas relações (31,4%), o fizeram em virtude de terem comunicado a alguns amigos sua doença, declarando que essa decisão fez com que ocorresse o afastamento dos mesmos, caracterizando, esse fato, a discriminação, a rejeição e o abandono às pessoas que vivem com a HIV/AIDS.

Viver com o vírus é viver, por si só, uma situação de discriminação. Ter AIDS ou ser portador do vírus representa, no imaginário social, ter comportamentos desviantes (profissionais do sexo, homossexuais, usuários de drogas, promiscuidade sexual). Assim, as mulheres, ao negarem a sua soropositividade, estão, ao mesmo tempo, protegendo-se da discriminação e evitando serem julgadas pela sociedade em razão de seu comportamento sexual, livres de serem apontadas como doentes contagiosas; livres de viver o constrangimento de, ao chegarem a um lugar, algumas pessoas retirarem-se com

medo; livres de serem julgadas culpadas pela contaminação e livres de serem condenadas em vida.

Apenas 10,0% dessas mulheres referiram não ter tido quaisquer problemas em seu relacionamento social. Esse percentual é bastante pequeno, diante da importância do apoio de que elas necessitam, pois, é vencido o preconceito, se lhes proporcionam suporte psicológico para que consigam dominar o vírus, pela força de vontade de viver. A solidariedade é o mais importante remédio contra o HIV que se pode oferecer às mulheres contaminadas. Empiricamente, observa-se que aquelas mulheres que possuem suporte afetivo enfrentam a AIDS de forma otimista e esperançosa, com muita vontade de dominar o HIV e com uma qualidade de vida aparentemente superior a daquelas que não têm esse suporte.

Em relação aos **prejuízos gerados pela AIDS no setor financeiro**, pôde-se verificar que as mulheres não contaminadas acreditam mais nesses prejuízos do que as mulheres contaminadas. A razão de risco indica que, para cada duas e meia mulheres não contaminadas, menos de uma mulher contaminada referiu prejuízos financeiros.

É necessário lembrar a situação socioeconômica em que a população brasileira vive, bem como a dificuldade de acesso ao mercado de trabalho formal, principalmente das pessoas que possuem baixo nível de escolaridade, e conseqüentemente, sem qualificação profissional, situação vivenciada pelas mulheres dos grupos estudados. Algumas mulheres consultadas obtiveram recursos financeiros a partir do direito ao benefício, critério esse aplicado exclusivamente para pessoas com AIDS e que não possuem condições físicas para trabalhar.

Os dados pesquisados revelam que as mulheres não contaminadas possuem uma crença de que a AIDS prejudicaria a sua vida no trabalho, caso fossem contaminadas. A razão de risco demonstrou que, para cada duas e meia

mulheres não contaminadas, menos de uma mulher contaminada referiu acreditar nesse prejuízo.

Entre as mulheres que trabalhavam, 25,7% referiram ter perdido o emprego, ou seja, aquelas inseridas no mercado formal (despedidas após ser descoberto o diagnóstico ou pelas repetidas infecções). A AIDS é uma doença que interfere no sistema imunológico, favorecendo o organismo para diversas infecções. É necessário que a pessoa modifique seu estilo de vida, para evitar situações que possam provocar possíveis infecções. Em decorrência das infecções que a AIDS provoca, as pessoas contaminadas, periodicamente, necessitam de ausentar-se das atividades laborativas.

Paiva et al. (1998) e Tunala (2002) apontam que muitas mulheres relatam perda de emprego por serem soropositivas, principalmente, em consequência da incompatibilidade de horário entre o emprego e seu tratamento nas fases mais agudas da doença. A maioria das mulheres é desestimulada a procurar emprego por medo de ser estigmatizada, no caso de ser descoberto o seu diagnóstico.

O fato de perderem o emprego devido a esse tipo de diagnóstico contribui para que muitas mulheres lutem para manter sua doença no anonimato, além de demonstrar seus efeitos negativos em sua vida profissional.

Torna-se difícil avaliar as consequências da doença, no trabalho, uma vez que, se for levado em consideração que a maioria das mulheres deste estudo não tiveram coragem de revelar seu diagnóstico ou o fizeram a uma ou duas pessoas, não há como se avaliar o impacto do diagnóstico nas atividades do trabalho. Qual seria a magnitude do problema, caso elas revelassem sua condição de portadoras do HIV/AIDS? Quais seriam os reais índices de mulheres que estão fora do mercado de trabalho em virtude de serem positivas para o HIV? Essas questões servirão para futuras pesquisas que poderão delinear as consequências da AIDS no trabalho da mulher.

Com relação à questão que investiga os **prejuízos da AIDS nas atividades domésticas**, verificou-se que a percepção dos prejuízos foi maior entre as mulheres não contaminadas, pois a razão de risco demonstrou que, a cada duas mulheres não contaminadas, menos de uma mulher contaminada referiu tal prejuízo.

Para as mulheres contaminadas, a AIDS influenciou, substancialmente, em suas atividades domésticas, isto é, nos trabalhos desenvolvidos em casa e nos cuidados com os filhos e netos (60,0%). Essas atividades serão ou não prejudicadas, de acordo com as condições físicas em que se encontram. O surgimento das drogas retrovirais proporcionou uma melhor qualidade de vida para quem vive com AIDS.

É importante ressaltar que, possivelmente, a AIDS trará consequências negativas, quando o organismo for acometido por infecções oportunistas ou pelos efeitos colaterais dos medicamentos usados contra essas infecções, forçando a mulher a afastar-se de suas atividades domésticas e do trabalho. O HIV não se manifesta, igualmente, em todas as pessoas, dependendo também do estágio da doença em que se encontram.

Mesmo com todas as reações orgânicas que a AIDS provoca em cada mulher, percebe-se que os cuidados domésticos e com os filhos foram os mais evidenciados, pelos prejuízos que a doença gera. Westrupp (1998), ao interpretar a questão, afirma que, mesmo com o impacto que a AIDS provoca, a mulher tradicional ou culturalmente está voltada para a dedicação aos outros, muitas vezes, esquecendo-se de si mesmas.

Quanto à variável **Pelo fato de ter pegado/se você vier a pegar AIDS você é /será culpada?**, verificou-se que não houve diferenças significativas de opinião entre as mulheres dos grupos estudados acerca da questão, de forma que a razão de risco reflete essa semelhança, quando obteve-se 1,081 para as mulheres contaminadas e 0,921 para as mulheres não contaminadas.



Neste estudo, pôde-se observar divergências de opinião entre o próprio grupo de mulheres contaminadas: enquanto umas acham-se culpadas de ter contraído o HIV (45,7%), outras não concordaram em assumir tal responsabilidade (51,4%), atribuindo a culpa ao parceiro, excluindo-se assim, por completo, de seu papel de co-responsáveis pela preservação de sua saúde. É interessante notar que, para essas mulheres, o fato de culpar o companheiro e, ao mesmo tempo, enfatizar que a preservação da sua saúde dependeu unicamente dos cuidados que deveriam ter tido para evitar a AIDS, retrata sua percepção de que a prevenção das doenças transmitidas sexualmente é tarefa exclusiva do homem, pois, culturalmente é atribuído a ele o poder de decidir sobre questões que dizem respeito à sexualidade feminina.

Vale destacar que, entre as mulheres que assumiram a responsabilidade pela contaminação, o fizeram argumentando que deveriam ter exigido o uso do preservativo para se proteger do vírus. Knauth (1997, p.292) vem ratificar os resultados encontrados nesse estudo, quando refere que, “apesar de o companheiro ser identificado como o veículo de contaminação, as mulheres não se vêem como vítimas da situação, pois consideram que os comportamentos de risco (relações extraconjugais, relações bissexuais) fazem parte da própria natureza masculina”. Acrescenta, ainda, o autor, que “perceber-se enquanto vítima equivaleria a culpabilizar o marido, o que consideram não ser o caso em função do caráter involuntário da contaminação” (p.294).

A decisão de permanecer com o parceiro, mesmo que ele tenha sido o responsável pela transmissão do vírus, foi uma constante neste estudo. Atitude semelhante encontrou Westrupp (1998), em seu estudo em mulheres, referindo que a decisão de permanecer com o parceiro tem como sustentáculo a solidariedade afetiva.

O assunto é complexo, merecendo destaque em um momento oportuno que responda às seguintes questões: Quais as razões que levam as mulheres a assumirem essa responsabilidade? E quais as razões para se omitirem



da responsabilidade de preservação de sua saúde? Questões como essas necessitam de investigação, como elemento que poderá fornecer subsídios para o planejamento de programas educativos.

Entre as mulheres pesquisadas, observaram-se diferenças significativas em relação à **percepção da vida diante de uma possível contaminação com o HIV**. A razão de risco mostrou que, a cada uma e meia mulher não contaminada, menos de uma mulher contaminada referiu que a vida acabou-se.

Para algumas mulheres contaminadas, conviver com o HIV significa viver sem presente, viver sem conseguir enxergar uma vida futura, acreditando que a vida acabou-se, após a confirmação do diagnóstico da AIDS (32,9%). O contrário aconteceu com 60,0% delas, que vivenciam, dia-a-dia, de conviverem com o HIV/AIDS e continuam acreditando na vida, esforçando-se para eliminar pensamentos negativos que possam interferir na sua vontade de viver. A luta pela vida deve continuar, para que elas consigam disputar com o vírus o direito de viver com qualidade de vida, embora tenham que conviver com os efeitos deletérios que o HIV provoca no organismo, na alma e na mente do ser humano. Apenas 7,1% referiram que vivenciam sentimentos ambíguos, ora sentindo vontade de lutar, ora sentindo que a vida acabou-se e, assim, vão vivendo os altos e baixos momentos que o HIV propicia a algumas pessoas.

A percepção de que a vida fica sem sentido, sem futuro, devido ao medo de morrer precocemente foi também evidenciada pela maioria das mulheres não contaminadas, não deixando de destacar aquelas que (41,4%) acreditavam que lutariam pela vida e que jamais iriam achar que, pelo fato de possuírem o HIV, a vida se acabaria.

4.6 Percepção sobre os benefícios das ações preventivas para a AIDS

Tabela 15 — Distribuição das variáveis relacionadas com a percepção dos benefícios das ações preventivas a AIDS, por grupo, e resultados dos testes de teste qui-quadrado e razão de risco. João Pessoa - 2003

Variável		Grupo de Mulheres				$\chi^2$	Valor p	Razão de Risco <sup>1</sup>
		Contam.		Não contam.				Grupo
		n	%	n	%			
Você acreditava (acredita) que ter relação sexual com um único parceiro, evita-se que se contrair o HIV/AIDS?	S	47	67,1	46	65,7	1,060	0,335	Cont.=1,247 Ñ-cont.=0,832
	N	15	21,4	22	31,4			
	NS	8	11,4	2	2,9			
Você acreditava (acredita) que usar camisinha em todas as relações sexuais, evita-se contrair o HIV?	S	68	97,1	61	87,1	3,923	0,061	Cont.=3,690 Ñ-cont.=0,552
	N	1	1,4	6	8,6			
	NS	1	1,4	3	4,3			
Você acreditava (acredita) que usar camisinha quando faz sexo é cuidar da sua saúde?	S	66	94,3	58	82,9	0,745	0,478	Cont.=1,419 Ñ-cont.=0,748
	N	3	4,3	5	7,1			
	NS	1	1,4	7	10,0			
Você acreditava (acredita) que reduzindo o número de parceiros diminuiria (diminuem) as chances de contrair o HIV?	S	28	40,0	60	85,7	28,317	0,000*	Cont.=0,386 Ñ-cont.=3,896
	N	33	47,1	7	10,0			
	NS	9	12,9	3	4,3			
Você sabia (sabe) onde adquirir preservativos gratuitos?	S	55	78,6	62	88,6	2,048	0,170	Cont.=0,739 Ñ-cont.=1,457
	N	14	20,0	8	11,4			
	NS	1	1,4	0	0,0			

\* Significativo ao nível de 5% (p-valor < 0,05)  
Legenda: S = sim N = não NS = não sabe. Contam. = contaminada. Não contam.= contaminada  
<sup>1</sup> Cálculo efetuado em tabela 2x2, com exclusão da categoria NS

Em relação aos benefícios percebidos das medidas preventivas para o HIV, os resultados expostos na tabela acima indicam que não houve diferenças significativas (p>0,05) das crenças evidenciadas entre as mulheres dos grupos

estudados acerca desses benefícios, com exceção da crença que, reduzindo o número de parceiros, diminuiria as chances de contrair o HIV. Conseqüentemente, os dados de razão de risco também não revelaram diferenças nessas crenças.

Ambos os grupos pesquisados demonstraram uma alta percepção dos benefícios das ações preventivas para o HIV, em relação ao uso sistemático da camisinha, como forma de cuidar de sua saúde e o conhecimento acerca do local de distribuição de camisinha.

É importante destacar que a crença de que **possuir um único parceiro sexual, evita-se contrair o HIV**, constituiu um elemento que expõe, possivelmente, as mulheres ao risco de contraírem o HIV. Vale salientar que a maioria das mulheres do estudo foi contaminada pelo companheiro/esposo, possivelmente pelo fato de acreditar que a mulher que possui um único parceiro, numa relação afetiva, de confiança, contribuiu para que elas descartassem, por completo, a possibilidade de contrair o HIV. Como já visto, 62,3% dessas mulheres referiram ter certeza de que não pegariam AIDS em suas relações sexuais (tabela 13)

Ter um único parceiro constituiu, sem dúvida, uma alternativa para que as mulheres garantissem sua negatividade para o HIV, entretanto, seria necessário, que o relacionamento entre o casal fosse construído com base em um pacto de fidelidade mútua e, acima de tudo, numa relação monogâmica, condição esta, que exclui completamente a possibilidade de a mulher contrair o HIV, levando-se em conta que ambos sejam comprovadamente negativos para o vírus.

Sousa Filho (1998), em estudo realizado em mulheres populares do Rio de Janeiro, a respeito de identidades, práticas sexuais e preventivas, verificou que ter parceiro único foi a forma preferida de se prevenir do HIV. Nesse sentido, afirma que essa estratégia é uma forma difundida socialmente e muito

ligada à identidade e ao papel feminino, com o intuito de limitar a vida sexual da mulher à monogamia tradicional.

De acordo com as respostas das mulheres, pôde-se verificar que os dados não revelaram diferença significativa em relação à sua opinião, em ambos os grupos estudados, em relação aos benefícios do uso sistemático da camisinha, bem como sua importância para a preservação de sua saúde, confirmando, dessa forma, a hipótese de que a camisinha é um meio eficaz para se prevenir o HIV.

Vale destacar que, o fato de o preservativo estar disponível à população sem ônus não teve influência em sua utilização por parte do grupo estudado, pois o uso da camisinha pelos parceiros das mulheres antes de serem infectadas e das mulheres não contaminadas foi insignificante. Não resta dúvida, de que a estratégia utilizada como incentivo e como forma de se eliminar a não adoção sistemática do uso de preservativo devido ao seu preço foi eliminada a partir da operacionalização desse serviço.

Reconhecer os benefícios da camisinha não é o suficiente para que a mulher adote o sexo seguro. Faz-se necessário reconhecer a necessidade de se proteger da infecção pelo HIV, a partir da identificação dos fatores que contribuem para que a mulher vivencie situações de risco para o vírus.

Desconhecer as vantagens do uso da camisinha como estratégia de se cuidar da saúde demonstra que é necessária uma ação educativa que promova uma reflexão sobre os benefícios do uso da camisinha. Segundo Gómez (1998), a desinformação é parte do problema. Independentemente do nível de escolaridade, a conduta preventiva depende da influência do sentimento de confiança e amor que geralmente inibe a capacidade da mulher de perceber os riscos e tomar medidas preventivas.

Concordando com o autor acima citado, a confiança que a mulher depositava em seu companheiro fez com que não existisse preocupação com a possibilidade de infectar-se pelo HIV ou mesmo de preocupar-se com a

possibilidade de o companheiro estar infectado (tabela 12). Talvez esse fato ocorra pela crença de que ter um parceiro único, seja uma forma singular de se proteger do HIV. É provável que se poderia obter respostas mais plausíveis acerca da influência de se ter único parceiro como empecilho para a adoção do sexo seguro, em mulheres, através de investigações futuras. A confiança torna-se um elemento associado à prevenção e segurança para evitar contrair o HIV. Possuir um único parceiro fixo, conhecê-lo e ter com ele uma relação estável, parece ser sinônimo de imunidade à AIDS.

De acordo com o teste qui-quadrado, pôde-se verificar que a questão **Você acreditava/acredita que diminuindo o número de parceiros diminuem as chances de contrair o HIV?** apresentou diferenças significativa ( $p < 0,05$ ) quanto à percepção das mulheres investigadas. A razão de risco para a questão demonstrou que as mulheres não contaminadas percebem maiores benefícios na redução do número de parceiros sexuais do que as mulheres infectadas. Para aproximadamente cada quatro mulheres não contaminadas, menos de uma mulher contaminada identificou os benefícios da redução do número de parceiros sexuais como forma de evitar o HIV.

Diminuir o número de parceiros sexuais significa diminuir a probabilidade de uma pessoa encontrar um parceiro infectado. Acredita-se que as orientações devam ser fornecidas com mais clareza, com linguagem acessível à compreensão das mulheres de nível de escolaridade baixa e com esclarecimentos acerca do que significa ter um ou vários parceiros para a disseminação do HIV. Lescura (1994), opinando sobre o assunto, afirma que, além da probabilidade de se contrair o HIV, essa condição contribui para a disseminação do HIV, pois muitos não têm a preocupação de investigar se os companheiros ou eles próprios estão contaminados.

Acreditar nos benefícios constitui um elemento que influencia o comportamento preventivo, mas é preciso desenvolver na mulher a percepção em relação às condições reais de risco que a vida sexual lhe impõe. Crenças

errôneas, como associar a multiplicidade de parceiros à AIDS e isentar de riscos de contrair o HIV as mulheres que possuem parceiros fixos, provavelmente dificultam a adoção de medidas preventivas por parte dessa população. É necessário informar que o aspecto abordado foi identificado nas mulheres entrevistadas

A adoção de um comportamento preventivo vai depender do grau de percepção da gravidade da doença e da percepção da vulnerabilidade ao risco de contrair o HIV, sendo que, combinados os dois tipos de atitudes, ambos servirão de força para a ação. E, para que ocorra a ação, é necessário que o indivíduo perceba seus benefícios e que suas barreiras sejam eliminadas.

Variáveis dependentes e independentes		N		%		p	
A adoção de medidas preventivas por parte das mulheres com parceiros?		N		%		p	
Sim		1		1,4		0,00	
Não		0		0,0		1,0	
O uso da camisinha deve ser dispensado, quando a mulher é casada ou tem um parceiro fixo?		N		%		p	
Sim		13		21,7		0,00	
Não		55		78,3		1,0	
Você discute (frequentemente) com seu parceiro sobre a necessidade de usar a camisinha?		N		%		p	
Sim		14		18,4		0,00	
Não		35		61,7		1,0	
É necessário poder se divertir sem ter responsabilidade?		N		%		p	
Sim		37		59,7		0,00	
Não		23		36,3		1,0	
Poder para usar a camisinha pode ser considerado uma liberdade?		N		%		p	
Sim		44		68,8		0,00	
Não		21		33,2		1,0	
Você acha que tem medo de poder usar a camisinha por medo de não ter um parceiro fixo?		N		%		p	
Sim		13		21,7		0,00	
Não		34		58,3		1,0	
Poder para usar a camisinha pode ser considerado uma liberdade?		N		%		p	
Sim		13		21,7		0,00	
Não		34		58,3		1,0	
A mulher não pode usar a camisinha por medo de não ter um parceiro fixo?		N		%		p	
Sim		13		21,7		0,00	
Não		34		58,3		1,0	
A mulher não pode usar a camisinha por medo de não ter um parceiro fixo?		N		%		p	
Sim		13		21,7		0,00	
Não		34		58,3		1,0	



4.7 Percepção sobre as Barreiras para o comportamento preventivo

Tabela 16 — Distribuição das variáveis relacionadas com as barreiras percebidas em relação à AIDS, por grupo, resultados dos testes de teste qui-quadrado e razão de risco. João Pessoa - 2003

Variável		Grupo de Mulheres				$\chi^2$	Valor p	Razão de Risco1
		Contam.		Não contam.				Grupo
		n	%	n	%			
Usar a camisinha reduz o prazer da mulher?	S	33	47,1	30	42,9	0,033	0,862	Cont.=1,032 Ñ-cont.=0,967
	N	33	47,1	32	45,7			
	NS	4	5,8	8	11,4			
Usar a camisinha reduz o prazer do homem?	S	39	55,7	31	44,2	1,831	0,205	Cont.=1,284 Ñ-cont.=0,782
	N	23	32,9	30	42,9			
	NS	8	11,4	9	12,9			
A camisinha faz quebrar o clima de emoção na relação sexual?	S	30	42,9	33	47,1	0,619	0,483	Cont.=0,873 Ñ-cont.=1,152
	N	36	51,4	30	42,9			
	NS	4	5,7	7	10,0			
A camisinha deve ser usada pelas mulheres sem parceiro?	S	69	98,6	61	87,1	5,930	0,017*	Cont.=4,777 Ñ-cont.=0,528
	N	1	1,4	8	11,4			
	NS	0	0,0	1	1,4			
O uso da camisinha deve ser dispensado, quando a mulher é casada ou tem parceiro fixo?	S	15	21,4	36	51,4	14,702	0,000*	Cont.=0,465 Ñ-cont.=1,919
	N	55	78,6	32	45,7			
	NS	0	0,0	2	2,9			
Você discutia (discute) com seu parceiro sobre o uso da camisinha masculina?	S	34	48,6	43	61,4	2,711	0,122	Cont.=0,757 Ñ-cont.=1,340
	N	35	50,0	25	35,7			
	NS	1	1,4	2	2,9			
É constrangedor pedir ao parceiro que use a camisinha?	S	37	52,9	20	28,6	8,185	0,006*	Cont.=1,613 Ñ-cont.=0,587
	N	33	47,1	49	70,0			
	NS	0	0,0	1	1,4			
Pedir para usar a camisinha poderia (pode) causar raiva no seu companheiro?	S	44	62,9	23	47,9	14,694	0,000*	Cont.=2,033 Ñ-cont.=0,507
	N	21	30,0	44	46,4			
	NS	5	7,1	3	5,7			
Você tinha (tem) medo de pedir a seu companheiro para usar a camisinha?	S	33	47,1	15	21,4	10,517	0,002*	Cont.=1,739 Ñ-cont.=0,517
	N	34	48,6	52	74,3			
	NS	3	4,3	3	4,3			
Pedir para usar camisinha poderia (pode) produzir desconfiança no seu parceiro?	S	53	75,7	40	57,1	5,747	0,026*	Cont.=1,634 Ñ-cont.=0,661
	N	15	21,4	28	40,0			
	NS	2	2,9	2	2,9			
A mulher que pede o uso da camisinha admite que poderá (pode) estar sendo traída ou está traindo?	S	55	78,6	45	64,3	2,656	0,128	Cont.=1,393 Ñ-cont.=0,743
	N	15	21,4	23	32,9			
	NS	0	0,0	2	2,9			
O homem é quem decide se deve ou não usar a camisinha masculina?	S	35	50,0	22	31,4	4,431	0,040*	Cont.=1,421 Ñ-cont.=0,680
	N	35	50,0	46	65,7			
	NS	0	0,0	2	2,9			
Usar a camisinha nas relações sexuais requer um novo hábito que não é fácil de adotar?	S	51	71,4	45	64,3	0,789	0,436	Cont.=1,195 Ñ-cont.=0,844
	N	16	24,3	20	28,6			
	NS	3	4,3	5	7,1			

\* Significativo ao nível de 5% (p-valor < 0,05)  
Legenda: S = sim N = não NS = não sei. Contam. = contaminada. Não contam.= contaminada  
1Cálculo efetuado em tabela 2x2, com exclusão da categoria NS

A tabela 16 evidencia as barreiras percebidas pelas mulheres pesquisadas, em relação às medidas preventivas para a AIDS, apresentando as percepções das mulheres a respeito da camisinha enquanto um dos meios mais eficazes para prevenção da AIDS. O preservativo, quando utilizado sistematicamente e corretamente, oferece, à mulher, um meio de proteção contra o HIV.

Procurar identificar os possíveis fatores que possam interferir numa tomada de atitude em relação à prevenção contra a AIDS torna-se um elemento indispensável para que se possam compreender esses fatores, de forma que as ações sejam planejadas a partir daquilo em que realmente as pessoas acreditam que sejam benéficas para elas.

Os dados evidenciam que não houve diferenças significativas entre os dois grupos de mulheres estudadas ( $p>0,05$ ), em relação à crença de que **a camisinha reduz o prazer da mulher e do homem e quebra o clima de emoção na relação sexual**. Os resultados reafirmam o que diversas pesquisas divulgaram, que a camisinha é vista, por muitos, como um elemento estranho e desagradável, que interfere nas relações sexuais por diminuir a sensibilidade dos homens.

Essa percepção (mito) interfere, em muito, na decisão do casal de usar o preservativo, nas relações sexuais (SANCHEZ; RODRIGUES, 2000). Ao ser considerada a frequência do uso da camisinha como evidenciada anteriormente, por essas mulheres, observou-se, portanto, que a maioria delas (tabela 10 e 11) nunca utilizou a camisinha, em suas relações sexuais, o que, significa que, ao se analisar essa questão, tem-se que considerar se as respostas correspondem àquilo em que elas acreditavam e, não, ao que elas vivenciaram, na prática. Verificaram-se mudanças de comportamento em relação à adoção do uso sistemático da camisinha por essas mulheres após terem sido contaminadas pelo HIV. Dentre as que referiram serem sexualmente ativas, 85,7% afirmaram usar sistematicamente a camisinha em suas relações sexuais. Seu uso é

justificado para os casais sabidamente infectados em virtude de o preservativo, constituir um meio de evitarem uma re-infecção, diminuindo, assim, a carga viral circulante da mulher.

O uso sistemático da camisinha torna-se difícil de ser incorporado aos hábitos sexuais das mulheres, enquanto existir essa rejeição da mesma. É necessário compreender-se que o processo é lento para aqueles que já possuem comportamentos anti-camisinha, entretanto, acredita-se que estratégias como desenvolver trabalhos educativos e de conscientização dos riscos de não se prevenir do HIV e os benefícios de utilizá-lo poderão desmistificar essas crenças. Essas orientações devem abranger principalmente os adolescentes, se possível antes de iniciarem suas atividades sexuais, uma vez que, desse modo, seriam desmistificadas crenças errôneas acerca dos efeitos desagradáveis da camisinha e, conseqüentemente, proporcionada maior facilidade na adesão do uso da camisinha como elemento indispensável à saúde sexual dos indivíduos.

Através do Modelo de Crenças em Saúde, pode-se compreender os motivos pelos quais as mulheres não adotam condutas protetoras da sua saúde. As barreiras, como o desconhecimento da doença; as crenças errôneas acerca do uso da camisinha, funcionam como forças contrárias à adesão da prevenção para o HIV. Essas forças impedem que as mulheres se percebam em risco, de forma que, o caminho percorrido as direcionará para o campo negativo de ação, distanciando-se do campo positivo de adoção de medidas preventivas, para a manutenção de sua negatividade.

Em relação à questão a **camisinha deve ser usada pelas mulheres sem parceiro fixo**, verificou-se que houve diferenças significativas entre as mulheres dos grupos estudados. A razão de risco demonstrou que, para cada quatro mulheres contaminadas, menos de uma mulher do grupo contaminado referiu que a camisinha deve ser usada por mulheres sem parceiro fixo. Evidentemente, o fato de as campanhas enfocarem, em suas mensagens, a importância do uso da camisinha nas relações sexuais eventuais influenciou, de

forma significativa, a percepção da importância do seu uso, pois, entre aquelas que possuíam parceiros fixos, (85,7%) revelaram que, antes da contaminação, acreditavam que era desnecessário o uso da camisinha em suas relações sexuais por terem parceiro fixo.

Quanto à questão o **uso da camisinha deve ser dispensado quando a mulher é casada ou possui parceiro fixo**, os dados demonstraram que as mulheres contaminadas possuem uma percepção maior dos benefícios do uso da camisinha nas relações sexuais quando são casadas ou têm parceiro fixo. A razão de risco revelou que, para cada duas mulheres não contaminadas que acreditam que a mulher casada ou com parceiro fixo deve dispensar o uso da camisinha nas relações sexuais, menos de uma mulher contaminada acredita em tal fato.

A questão foi vista pelas mulheres do grupo contaminado e pelas do grupo não contaminado, através de visões completamente diferentes. As primeiras alegaram que tinham sido o fato de terem essa crença que as levou a se encontrar nessa situação (HIV positivas), vivendo os resultados dessa crença. Esse argumento torna-se pertinente, quando a maioria delas possuía parceiro fixo antes de serem infectadas (87,7%). No grupo não contaminado as opiniões ficaram divididas. A maioria (51,4%) acreditava que não era necessário usar a camisinha, uma vez que não possuía vários parceiros. E, as que discordaram de imediato referiram que muitos homens são infiéis, entretanto, a referência era dirigida aos homens de outras mulheres, nunca aos seus companheiros. As mulheres procuram, inconscientemente, negar a possibilidade de traição, em sua vida, enxergando o perigo de contaminação pelo HIV, em outra mulher. Conclui-se, então, que é imperativo que se compreenda que o fato de ser casada ou ter um só companheiro não garante, à mulher, à segurança de manter-se negativa para o HIV pela contaminação sexual. Foi necessário que contraísse o HIV para compreender que a AIDS não estava tão distante dela, como pensa a maioria da população feminina. Assim sendo, torna-se previsível, portanto, uma maior probabilidade de que ocorram mais contaminações entre mulheres que possuem

essa percepção. A confiança, possivelmente, pode ser uma barreira psicológica para que elas se percebam em risco de contrair o HIV, em virtude da infidelidade de seu esposo/companheiro.

**A falta de diálogo sobre as questões relacionadas com o uso da camisinha masculina** é uma questão que merece destaque, por seu importante papel no processo de prevenção ao HIV. O teste de qui-quadrado revelou diferenças significativas ( $p < 0,05$ ) entre a opinião das mulheres em relação ao diálogo com o parceiro sobre o uso de preservativo. A razão de risco revelou que, para cada uma e meia mulher do grupo não contaminado, foi encontrada menos de uma mulher do grupo contaminado que dialoga com o parceiro a respeito do uso da camisinha, o que significa que o diálogo acerca do uso da camisinha acontece mais entre as mulheres não contaminadas do que com as mulheres infectadas. É interessante ressaltar que o fato de discutirem o uso da camisinha poderia ter contribuído para uma prática preventiva sistemática. As raízes culturais da pouca participação da mulher em questões relacionadas com o sexo parecem não se modificar diante da ameaça da presença do vírus da AIDS na vida das pessoas.

Vale salientar que, entre aquelas que referiram a existência de “diálogo” acerca da necessidade do uso da camisinha, o seu uso não chegou a se concretizar. O diálogo não alcançou seu objetivo, em sua essência, não passando de conversas curtas enfocando aspectos subjetivos de uma possível infidelidade do homem, que logo é desmentida pelo mesmo e, de imediato, aceita pela mulher. Torna-se de suma importância que as mulheres procurem sentir, através do diálogo, a necessidade de adotarem medidas preventivas de forma a vivenciarem sua sexualidade com mais segurança.

De acordo com estudo realizado por Barbosa (1999), as mulheres indicam como homens ideais àqueles que são leais, fiéis e, na intimidade, promovem a liberdade de se conversar sobre sua sexualidade. Ainda, em seu

estudo, o autor verificou que as mulheres entrevistadas reivindicam dos homens um maior diálogo, compreensão e carinho nas relações afetivas.

A dificuldade da mulher em dialogar com o parceiro sobre o uso do preservativo nas relações sexuais, somada a sua condição de submissão em relação ao poder persuasivo do homem em não utilizá-lo e a pouca importância que o parceiro dá em preservar a sua saúde demonstram que a mulher vivencia potencialmente os riscos de contrair o HIV em suas relações sexuais. São efetivamente barreiras que desafiam os programas de prevenção à AIDS na população feminina.

Os dados revelaram que, para a maioria das mulheres contaminadas, **pedir ao parceiro para usar o preservativo é constrangedor**. Opinião inversa apresentou o grupo de mulheres não contaminadas. A razão de risco revela que, para aproximadamente duas mulheres contaminadas, menos de uma mulher não contaminada possui a crença de que pedir seu uso é constrangedor. Vale salientar que, a percepção das mulheres do grupo contaminado parte possivelmente da sua experiência de ser portador do vírus e vivenciar a dificuldade de solicitar o uso do preservativo antes da infecção e depois da mesma, enquanto as mulheres contaminadas opinaram de forma subjetiva, uma vez que, comprovadamente, esse grupo não possui a prática de utilizar o preservativo em suas relações sexuais. A situação de soropositividade, como já enfatizada anteriormente, impõe à mulher a necessidade, como já enfatizada anteriormente, impõe à mulher a necessidade de exigir o uso da camisinha pelo parceiro sexual como forma de preservar sua saúde e, para as mulheres não contaminadas, a sua dificuldade parece estar no temor de se identificarem como vulneráveis ao HIV.

Sugerir que o marido use a camisinha para se prevenir das doenças do sexo, como recomenda o Programa Nacional, é um risco maior que a própria doença. Poderá trazer conseqüências negativas imprevisíveis para a mulher, desde a crise conjugal, à violência física e, até, ao abandono. Dificilmente a infidelidade do marido suspeita ou comprovada detonaria situação semelhante, porque tende a ser perdoada, se ele comparecer e cumprir suas obrigações em casa (GUIMARÃES, 1996b, p.298).



Comprova-se, então, que a mulher tem receio de exigir do parceiro a adoção de sexo seguro devido aos padrões culturalmente estabelecidos, onde a mesma não dispõe de poder de decisão relacionado com o sexo. Esse fato foi retratado por Barbosa (1997, p.41), em pesquisa realizada em mulheres, onde verificou que elas se submetem à vontade do parceiro de ter relação sexual e que, esse fato poderá estar relacionado com o temor de dizer não ao sexo seguro. Acrescenta, ainda o autor, que, “apesar das mulheres na atualidade conquistarem autonomia em suas decisões, ainda vivem a submissão e a dependência ao homem em relações afetivas-sexuais”.

Quanto ao fato de **pedir ao companheiro o uso do preservativo masculino poderia (pode) causar raiva no parceiro** houve, novamente, diferença entre os dois grupos estudados. Desse modo, a razão de risco revelou que, para cada duas mulheres do grupo não contaminado, existiu menos de uma mulher do grupo não contaminado que afirmou acreditar nessa reação do parceiro.

Outro aspecto investigado acerca das barreiras mostrou que a mulher contaminada possuía mais medo de pedir o uso da camisinha pelo parceiro do que as mulheres do grupo não contaminado. Observou-se que, a cada duas mulheres contaminadas, menos de uma mulher do grupo não contaminado possuía **medo de solicitar ao parceiro o uso da camisinha masculina**.

Entre as mulheres do grupo não contaminado, 21,4% referiu ter medo de pedir o uso da camisinha, devido às reações inesperadas do companheiro; 74,3%, afirmou que não teria medo de fazê-lo, caso fosse preciso. O que se pode interpretar a respeito desse posicionamento é que a mulher que não vivencia a situação ou se vê completamente distante da necessidade de solicitar o uso da camisinha, possivelmente, não retrate fielmente como seria a reação do companheiro diante da solicitação do uso desse preservativo.

As mulheres contaminadas demonstraram maior percepção das conseqüências da solicitação do uso da camisinha do que as mulheres do grupo não contaminado. A razão de risco retratou fielmente essa crença, quando os dados evidenciaram que, aproximadamente, para cada duas mulheres contaminadas, menos de uma mulher não contaminada acredita que **solicitar o uso da camisinha pode causar desconfiança no parceiro**. Em estudo realizado em um grupo de mulheres, Barbosa (1997, p.43) evidenciou “que elas acreditam que seus parceiros reagiriam negativamente, com desconfiança e recusa, caso fossem solicitados a usar a camisinha”.

A desconfiança, possivelmente, surge pela falta de uma justificativa coerente para a adoção do preservativo numa relação conjugal estável. Àquelas que afirmaram que essa atitude não causaria desconfiança, pode-se perguntar, então: Qual seria o motivo pelo qual uma mulher pede a seu companheiro para usar o preservativo, se não for para se proteger do HIV, excluindo, é claro, o seu uso como contraceptivo? Certamente, as mulheres procuram idealizar uma relação que não se torna tão harmoniosa quanto seria, caso elas vivenciassem a situação. Só se pode saber da reação do homem quando vivenciada na prática.

Abordando esse aspecto, Barbosa (1997) explica que, se os homens aceitarem usar a camisinha, estarão assumindo que têm outros relacionamentos sexuais e que as reações das mulheres seriam de mágoas e ressentimentos. Fica evidente que, vivenciar esses sentimentos numa relação conjugal, provocaria prejuízos no relacionamento afetivo homem-mulher.

Em relação à questão a *mulher que pede ao homem para usar camisinha poderá/pode estar admitindo a traição do companheiro*, os dados revelaram que não existiu diferença significativa de opinião entre as mulheres estudadas, pois a maioria delas acredita que esta atitude gera desconfiança no casal, contribuindo para conflitos em relação à fidelidade mútua.

Com relação à questão o *homem é quem decide se deve ou não usar a camisinha*, verificaram-se diferenças significativas de opinião entre as mulheres contaminadas e as não contaminadas. A razão de risco demonstrou que a cada uma e meia mulher contaminada, menos de uma mulher não contaminada acredita em tal fato. É importante destacar que, entre aquelas que referiram acreditar que o poder não está no homem, justificaram essa crença por acreditarem que a decisão cabe aos dois e que é necessário que a mulher imponha condições para que tenha uma maior segurança nos relacionamentos sexuais.

A mulher sofre discriminação social e, caracterizando bem esse fato, Parker (1996) enfatiza que, em uma sociedade machista, as mulheres exercem pouco ou mesmo nenhum poder com respeito à expressão masculina. Porém, para os homens, esse poder é exercido de forma absoluta no controle do comportamento sexual das mulheres. De forma que as possibilidades de negociar o sexo seguro, ficam profundamente limitadas pela própria estrutura dos valores e papéis sexuais (PARKER, 2002).

No caso específico do grupo contaminado, possivelmente, a determinação dessas mulheres em demonstrar que a mulher possui poder de negociar o sexo seguro se dá em virtude de sua condição de soropositividade. Será que as mulheres não contaminadas assumiriam essa postura, desde que tivessem realmente a consciência de que a camisinha é um meio que garante a sua vida e que sem ela a probabilidade de ser infectada aumentaria? Talvez a resposta esteja na percepção de vulnerabilidade, no reconhecimento dos benefícios e, com bastante peso, na consciência de que as barreiras tornam-se insignificantes diante do que significa viver com AIDS e viver o dia-a-dia sob o fantasma de morrer precocemente. Trabalhar a educação para a AIDS é também trabalhar questões que constituem barreiras que possam contribuir para dificultar a conscientização da mulher para a adoção do sexo seguro.

Souza Filho (1998), ao investigar a vida afetiva e sexual de mulheres populares no contexto da AIDS, refere que os fatores psicoculturais interferem

nas estratégias de prevenção, no caso da mulher, seja de manter o projeto de vida baseado no casamento monogâmico, seja de procurar maximizar o prazer sexual de seu parceiro.

A análise dessa proposição permite inferir-se que, tanto a mulher, quanto o homem devem ser trabalhados, de forma que percebam que a responsabilidade pela manutenção da saúde pertence aos dois, ao homem e à mulher. Acreditar na eficácia do uso da camisinha torna-se um elemento que pode ajudar a mulher a desencadear ações efetivas para uma melhor compreensão do que seja estar em risco de adquirir o HIV.

Não houve diferenças significativas de opinião entre as mulheres contaminadas e não contaminadas em relação à crença de que o **uso sistemático da camisinha não é um hábito fácil de ser incorporado em sua vida sexual**.

A presença de uma ou mais barreiras é suficiente para impedir que a mulher adote medidas preventivas para o HIV. Os resultados demonstram, claramente, que as barreiras investigadas possuem influência no comportamento preventivo. Entretanto, pode-se afirmar que as barreiras mais presentes na vida dessas mulheres foram: a “confiança no parceiro” e “ter parceiro fixo”. Ambas contribuem para que a mulher se veja distante do perigo de contrair o vírus, apesar de saber que existe um risco teórico. Gómez (1998) explica que, tanto nos países em desenvolvimento, quanto nos países industrializados como os Estados Unidos da América, a presença da confiança e do amor geralmente contribui para que a mulher não se perceba em risco de contrair o HIV, bem como de adotar medidas de prevenção.

#### 4.8 Estímulos para a ação

**Tabela 17** — Distribuição das variáveis relacionadas com os estímulos percebidos, por grupo, resultados dos testes de teste Qui-Quadrado e razão de risco. João Pessoa - 2003

Variável		Grupo de Mulheres				$\chi^2$	Valor p	Razão de Risco <sup>1</sup>
		Contam.		Não contam.				Grupo
		n	%	n	%			
As campanhas sobre AIDS te ajudaram a conhecer a doença?	S	63	90,0	64	91,4	0,401	0,745	Cont.=0,827 Ñ-cont.=1,260
	N	6	8,6	4	5,7			
	NS	1	1,4	2	2,9			
As campanhas sobre AIDS foram (são) insuficientes para a pessoa se prevenir do HIV?	S	54	77,1	39	55,7	6,673	0,012*	Cont.=1,669 Ñ-cont.=0,643
	N	16	22,9	30	42,9			
	NS	0	0,0	1	1,4			
Você só se lembrava (lembra) da AIDS, quando você escutava (escuta) falar dela na televisão?	S	48	68,6	26	37,1	13,319	0,000*	Cont.=1,916 Ñ-cont.=0,531
	N	22	31,4	43	61,4			
	NS	0	0,0	1	1,4			
Você foi orientada sobre as medidas para se evitar a AIDS, pelos profissionais de saúde?	S	15	21,4	38	54,3	16,672	0,000*	Cont.=0,443 Ñ-cont.=1,989
	N	55	78,6	31	44,3			
	NS	0	0,0	1	1,4			
Você só lembrava (lembra) da AIDS, quando uma amiga te aconselhava a se prevenir contra ela?	S	8	11,4	5	7,1	0,763	0,562	Cont.=1,261 Ñ-cont.=0,751
	N	62	88,6	65	92,9			
	NS	0	0,0	0	0,0			
Você foi orientada sobre as medidas para se evitar a AIDS, através de revistas e folhetos?	S	24	34,3	43	61,4	9,001	0,002*	Cont.=0,573 Ñ-cont.=1,711
	N	45	64,3	27	38,6			
	NS	01	1,4	0	0,0			
A preservação da sua saúde para não pegar AIDS dependeu (depende) unicamente dos cuidados que você deveria ter tido/ tem com ela para se prevenir contra essa doença?	S	57	81,4	42	60,0	5,999	0,021*	Cont.=1,683 Ñ-cont.=0,645
	N	13	18,6	25	35,7			
	NS	0	0,0	03	4,3			

\* Significativo ao nível de 5% (p-valor < 0,05)

Legenda: S = sim N = não NS = não sabe. Contam. = contaminada. Não contam.= contaminada

<sup>1</sup> Cálculo efetuado em tabela 2x2, com exclusão da categoria NS



Em relação aos estímulos para a ação, os resultados da tabela 17 indicaram que houve diferenças significativas ( $p < 0,05$ ) de opinião entre as mulheres investigadas acerca desses estímulos, exceto para as questões: **As campanhas sobre AIDS te ajudaram a conhecer a doença? Você lembrava/lembra da AIDS, quando uma amiga te aconselhava a se prevenir contra ela?**

As campanhas sobre a AIDS, veiculadas pelos meios de comunicação, foram consideradas pela maioria das mulheres contaminadas e não contaminadas, como fonte de conhecimento para a AIDS. Quanto a essa questão houve diferenças, porém pouco significativas, de opinião acerca do tema, de forma que os dados evidenciaram que as mulheres não contaminadas demonstraram acreditar mais nas campanhas como meio educativo para AIDS do que as contaminadas. As mulheres contaminadas que negaram a contribuição das campanhas como meio de informação para AIDS foram bastante contundentes ao afirmarem que elas se contaminaram por desconhecerem os riscos que estavam correndo.

Para que a pessoa adote comportamento preventivo, é necessário que, além de se perceber susceptível à AIDS, veja a doença como elemento causador de sérios distúrbios em sua vida, acreditando que, adotando medidas preventivas específicas para se prevenir do agravo, isso lhe será benéfico, e a probabilidade em direção ao comportamento preventivo em saúde será bem maior.

As campanhas de massa para AIDS, orientações de profissionais de saúde, amigos e artigos de revistas constituem elementos necessários que contribuem para que ocorra estímulo para um comportamento preventivo. Presume-se que, para que ocorra um comportamento preventivo, é necessária a presença de um fator instigante que vai servir de força (estímulo) para desencadear uma determinada ação (ROSENSTOCK, 1974).



Sobre a questão **as campanhas sobre AIDS foram/são insuficientes para que a pessoa se previna da doença**, pôde-se verificar que, para cada duas mulheres do grupo contaminado, menos de uma mulher do grupo não contaminado possuía essa crença. Deve-se destacar, também, que o número de mulheres que acreditavam na eficácia dessas campanhas foi significativo, principalmente para o grupo de mulheres não contaminadas (42,9%).

Praça (1998) enfatiza que, periodicamente, são veiculados anúncios preventivos de doenças, procurando-se conscientizar a população para adotar ações que beneficiarão sua saúde. Em seus estudos, acrescenta, ainda, que as mulheres reconhecem a importância da propaganda, no entanto, não a vêem como eficaz.

As campanhas, inicialmente, dirigiram ações a grupos específicos. Atualmente, procuram, de certa forma, levar informações para a população, entretanto, seus objetivos ainda não foram alcançados. Elas se limitam a incentivar o uso da camisinha, sem, contudo, abordar, de forma direta, a vulnerabilidade das mulheres em contrair o HIV. São, também, rápidas e pouco informativas. O risco de se contrair o HIV independe de períodos, sejam festas ou não. Talvez uma programação distribuída anualmente pudesse ter uma resposta mais efetiva para incentivar e orientar a população quanto aos fatores que contribuem para aumentar a vulnerabilidade das pessoas, homens ou mulheres.

Concorda-se que o objetivo dessas campanhas deva ser a conscientização do indivíduo sobre sua vulnerabilidade à AIDS. Entretanto, o que se teve, até o presente momento, foram campanhas esporádicas e constantemente dirigidas ao uso da camisinha, sem destacar quais as pessoas que deveriam usá-la. Como conscientizar uma população, se o conteúdo das informações selecionadas é limitado, não enfocando aspectos relativos às consequências que a doença pode acarretar na vida da pessoa e, principalmente,

os benefícios que lhe trarão a adoção das medidas preventivas que contribuiriam para a redução dos danos provocados pela doença?

Na realidade, sabe-se, concretamente, que a mulher está vivenciando o risco de contrair o HIV. Verificou-se, neste estudo, que a mulher do lar, a casada, com parceiro fixo, com baixo nível de escolaridade e com um poder socioeconômico baixo destacou-se entre os infectados. Esses dados condizem com o perfil epidemiológico delineado oficialmente pelos epidemiologistas.

O Programa Nacional de Prevenção à AIDS aponta como elementos que dificultam o desenvolvimento de estratégias preventivas para grupos de baixa renda, o baixo nível de escolaridade, as adversidades decorrentes de sua condição de segmento populacional historicamente marginalizado e com precário acesso à informação e a serviços de saúde (ABIA, 1997).

As campanhas educativas realizadas pelos meios de comunicação necessitam de sérias mudanças. Alertar para que façam sexo seguro não atinge indivíduos que não possuem consciência da sua vulnerabilidade. As campanhas devem responder a questões, como: Quem deve usar a camisinha? Por que usar camisinha se sou casada ou tenho parceiro fixo? Como estimular o seu uso? Como desmistificar os efeitos negativos dessa prática? Como estimular a fidelidade mútua como meio de proteção para a prevenção do HIV? Quais as conseqüências da AIDS na vida das pessoas? Esses e outros questionamentos foram uma constante nas entrevistas realizadas com as mulheres deste estudo.

Em resumo, grande número das mulheres estudadas verbalizou a importância das campanhas, porém, suas informações são insuficientes para que elas compreendam ou se situem no contexto em que a realidade mostra a ameaça que elas enfrentam ao vivenciarem a sua sexualidade.

Ao emitirem sua opinião acerca da **televisão como instrumento para lembrar a AIDS**, a razão de risco indicou que, a cada duas mulheres contaminadas, menos de uma mulher não contaminada, afirmou ser a televisão

um meio que faz lembrar a AIDS. A percepção das mulheres contaminadas foi maior em relação a essa função da televisão como alerta aos riscos de uma provável contaminação em decorrência da não utilização de medidas preventivas.

A televisão é o principal meio de informação utilizado pelas pessoas de nível socioeconômico baixo. Esse meio alcança um grande contingente de pessoas, simultaneamente, inclusive uma grande parte das pessoas de baixo nível de escolaridade, que se tornam meios estratégicos para as informações educativas. Vale destacar, ainda, a sua importância como meio de alto poder persuasivo, constituindo-se um veículo formador de opiniões e de verdadeiras mudanças de concepção e até de mudanças culturais.

Em estudo realizado por Fraga et al. (1999), a televisão representa o maior veículo de comunicação em massa, pois 82% dos pesquisados referiram ter conhecimento sobre a AIDS através desse meio. Apesar desse índice, os autores verificaram que, dentre os estudados, apenas 62% conseguiram lembrar alguma propaganda sobre AIDS veiculada pela televisão, enquanto, 38% não conseguiram lembrar qualquer conteúdo. Fica evidente que a mídia tem um papel relevante nas informações sobre AIDS (SILVA, 2002).

Os trabalhos educativos enfrentam diversas barreiras para alcançar respostas efetivas dos inúmeros casos de AIDS. Anteriormente foram citados os elementos que dificultam o desenvolvimento de estratégias preventivas. É importante destacar que os programas e projetos educativos que procuram defender a população dos riscos de contrair o HIV encontram um inimigo em potencial, que pode ser chamado de “inimigo televisionado” que estimula ou mesmo forma a concepção de milhões de jovens que aprendem que a atividade sexual deve ser praticada pela necessidade fisiológica.

Viver a sexualidade é viver os valores do amor pelo próximo, amor pela vida e respeito pelo seu corpo. Não se entregar irresponsavelmente aos prazeres da carne; abrir o corpo ao desconhecido, aos riscos, ao vírus, à morte.

Acrescentamos a esses, os efeitos nocivos dos programas de televisão que, ao contrário do que objetivam as ações educativas, estimulam as pessoas para comportamentos que as induzem ao sexo desprotegido. O jovem é facilmente influenciado por novas concepções, de forma que, ao deparar-se com mensagens modernas que mostram a utilização do sexo pelo prazer e não como algo complementar de uma relação afetiva, procura adequar-se ao que se chama de modernismo. Para a psicóloga Sonia Medeiros existe uma banalização do sexo e afirma “nem sempre existe a falta de informação, pois as pessoas sabem que a doença existe. Falta educação para que os jovens usem a sexualidade de forma prazerosa saudável e acima de tudo com responsabilidade” (SANTIAGO, 2003, p.7).

A educação familiar caminha em uma direção e a força da mídia em sentido contrário, incentivando os jovens à utilização do sexo pelo sexo. Todos os dias, em doses homeopáticas, nossos filhos recebem mensagens eróticas em horários nobres, tais como: cenas de sexo; jovens sendo incentivados a iniciarem suas atividades sexuais precocemente; troca de parceiros – namorados; virgindade como motivo de vergonha e humilhação; mulheres traindo homens, homens traindo mulheres, já que os triângulos amorosos estão em moda na televisão brasileira. Poderíamos questionar, qual o nível de amadurecimento das crianças e jovens para receberem essas mensagens e saberem discernir entre a realidade e a ficção? São mensagens que vão de encontro totalmente às informações que se procura divulgar para a preservação da saúde de nossos jovens, podendo contribuir para o aumento da incidência de casos de AIDS nessa população.

É importante destacar o incentivo ao romance entre crianças nas novelas, despertando-lhes precocemente relacionamentos amorosos, numa fase em que deveriam estar vivenciando brincadeiras infantis e nunca amadurecendo precocemente sua sexualidade.

Os jovens, hoje, enfrentam sérios desafios, pois os dados epidemiológicos revelam que a AIDS está crescendo nessa população. Falar do jovem é falar do adulto, pois as mulheres que hoje estão contaminadas foram as jovens de ontem pois, quando se leva em conta que o tempo médio entre a exposição ao HIV e o aparecimento de seus sintomas é de 7 a 9 anos, pode-se levar em consideração que essas contaminações tenham ocorrido durante a adolescência e juventude.

Portanto, o poder persuasivo da televisão deveria ser aproveitado como arma importante para a prevenção da AIDS. Desenvolver a percepção de risco para o HIV e os benefícios dos meios de comunicação como forma de proteção à saúde da mulher será efetivamente mais eficaz do que utilizar as informações desarticuladas e secas sobre o risco de contrair o HIV, como: Previna-se, use a camisinha!. Seria necessário, então, que se fizesse um estudo para analisar as informações das campanhas veiculadas pelos meios de comunicação, procurando-se aspectos referentes à susceptibilidade da mulher à AIDS, à severidade à AIDS e às barreiras que impedem as pessoas de adotarem comportamento preventivo. Será que encontraríamos alguns indícios dos aspectos acima citados?

As mensagens veiculadas pela televisão não provocaram mudanças significativas de comportamento sexual nas mulheres, como foi verificado em estudo realizado por Fraga (1999), quando afirma que esse índice alcançou apenas 30% contra 62% daqueles que negaram qualquer alteração desse comportamento. Esse fato demonstra que a forma de abordagem necessita de ser modificada, buscando-se informar aspectos que possam abordar questões relevantes para que as pessoas reflitam sobre a necessidade ou não de se prevenir do HIV.

Em relação à questão **ter sido orientada pelos profissionais de saúde sobre as medidas para se evitar a AIDS**, verificou-se que as mulheres não contaminadas receberam mais orientações sobre a doença do que as mulheres

contaminadas. A razão de risco apontou que, para cada duas mulheres não contaminadas que receberam orientação sobre a AIDS, menos de uma do grupo de mulheres contaminadas recebeu esse serviço. Esse fato, possivelmente, aconteceu em virtude de o ambulatório do Hospital Universitário dispor do serviço de pré-natal, onde é solicitado o teste para AIDS. Cada gestante recebe orientações acerca da doença.

É extremamente relevante destacar o número significativo de mulheres contaminadas (78,6%) e de mulheres não contaminadas (44,3%) que nunca receberam qualquer orientação acerca da doença. Esse dado aponta para as deficiências do serviço de saúde, como órgão responsável pela preservação da saúde da população e para a falta de compromisso dos profissionais de saúde com a prevenção de doenças na população feminina.

Os dados revelam, também, diferenças significativas entre os dois grupos estudados. Entre as mulheres não contaminadas, 38 (54,3%) referiram ter recebido alguma orientação acerca das medidas preventivas para se evitar AIDS; 31 (44,3%) referiram que nunca tinham recebido qualquer orientação acerca do tema supracitado. O percentual do segundo grupo aponta para uma assistência de melhor qualidade.

Acrescente-se, ainda, o importante papel dos profissionais de saúde como disseminadores de informação na luta contra a AIDS. A responsabilidade de se educar /informar deve fazer parte da vida profissional de cada médico, enfermeiro, odontólogo, nutricionista, independentemente de sua especialidade.

Outro estímulo que pode ser eficaz para uma ação preventiva diz respeito aos **lembretes que as amigas** fornecem às mulheres através de conversas informais acerca das medidas de prevenção ou sobre os perigos da AIDS. Observou-se que, entre as mulheres contaminadas do estudo, 8 (11,4%) referiram que se lembravam da AIDS, quando conversavam com as amigas, enquanto 62 (88,6) negaram esse fato. Semelhantes dados foram obtidos do



grupo das mulheres não contaminadas, pois, 5 (7,1%) afirmaram que só se lembravam da AIDS quando conversavam com as amigas, enquanto 65 (92,9%) negaram essa ocorrência.

É importante lembrar que o fato de a AIDS ser uma doença que gera muita ansiedade e medo, devido ao seu caráter incurável, embora verbalizado pelas mulheres, não se descarta a possibilidade de uma certa rejeição por parte delas em falar sobre a AIDS, com o intuito de esquecerem a sua existência.

Em relação às orientações recebidas a partir da **leitura de revistas**, verificou-se que, no grupo de mulheres contaminadas, 24 (34,3%) referiram que leram alguma coisa, em revistas, acerca das medidas preventivas para se evitar a AIDS; 45 (64,3%) revelaram não ter tido oportunidade de ler assuntos referentes à prevenção da AIDS. No grupo de mulheres não contaminadas, verificou-se um percentual maior de mulheres que referiram ter lido algum assunto sobre a AIDS, 43 (61,4%), quando comparado com o grupo anteriormente citado, enquanto 27 (38,6%) afirmaram nunca terem lido qualquer assunto referente à doença. A taxa de risco demonstrou que, para cada duas mulheres não contaminadas, menos de uma mulher contaminada referiu ter sido orientada sobre a AIDS através de revistas.

**A preservação da saúde, como responsabilidade única da mulher**, foi retratada por 57 (81,4%) das mulheres contaminadas, enquanto 13 (18,6%) acreditam que essa responsabilidade pela preservação de sua saúde não depende unicamente dos cuidados que deveriam ter tido, mas, sim, de ambos, os parceiros, o homem e a mulher. Quanto às opiniões das mulheres não contaminadas, verificou-se que a maioria 42 (60,0%) acredita que a preservação da sua saúde é de sua responsabilidade e 25 (35,7%) negaram essa responsabilidade, afirmando que deve ser compartilhada pelo companheiro. Observou-se que, a cada uma e meia mulher contaminada, menos de uma mulher não contaminada acreditava que a preservação de sua saúde é de responsabilidade exclusiva da mulher (razão de risco).

A prevenção é uma condição imprescindível para se evitar a contaminação pelo HIV, entretanto, o uso da camisinha, como meio de se prevenir do HIV geralmente é rejeitado pela maioria dos homens, expondo as mulheres ao risco de contrair doenças. Portanto, a mulher nem sempre tem o poder de decisão sobre sua sexualidade, caracterizando-se, culturalmente, submissa às vontades do parceiro. Com o surgimento do preservativo feminino, possivelmente se poderá reverter a impotência da mulher em decidir por um método de barreira para o HIV. O Preservativo feminino consiste em um método de barreira para as DST e gravidez, uma vez que recobre toda a superfície da vagina e o colo uterino (LAGO, 1996).

Em relação aos estímulos, percebe-se que as mulheres contaminadas não possuíam mecanismos que as levasse à adoção de medidas preventivas, pois, em todos os itens investigados, a maioria delas alcançaram baixo nível de estímulos.

Vale salientar que a intensidade necessária para que se possa desencadear uma resposta comportamental, varia de acordo os diferentes níveis de susceptibilidade e de severidade percebida. Fazendo uma relação entre essas variáveis, pôde-se perceber que as mulheres do grupo contaminado possuíam uma baixa percepção do risco que elas vivenciavam. A percepção da gravidade da AIDS foi verificada, durante as entrevistas, pelo alto grau de desconhecimento da doença antes da infecção. Portanto, no caso dessas mulheres, teria sido necessário que elas recebessem estímulos muito intensos para o desencadeamento de uma ação preventiva.

O contrário pôde-se observar entre as mulheres não contaminadas, pois um percentual bastante significativo percebeu-se vulnerável ao vírus da AIDS e reconheceu a gravidade da doença e suas conseqüências para a sua vida familiar, pessoal e afetiva. Esse grupo necessita de estímulos para que possa ir em direção a uma ação preventiva. Sua probabilidade de êxito será bem maior do

que o daquelas que possuem um baixo nível de percepção de risco para a doença e uma baixa percepção de sua gravidade.

Concluimos então que, para aquelas mulheres que possuem um grau elevado de percepção dos riscos de contraírem o HIV e da severidade para a AIDS elevada, a presença de um estímulo, como os apelos das mensagens de prevenção oriundas das campanhas, conselhos de profissionais, ou o simples fato de vivenciarem a doença de uma pessoa HIV positiva, poderão ser suficientes para que elas adotem comportamento preventivo, ou seja, será desencadeada a ação preventiva em direção ao campo positivo. Se a mulher possui um baixo nível de percepção das dimensões supra citados, fica mais difícil de adotar condutas que a proteja dos riscos de contrair o HIV. Serão necessários estímulos mais intensos como estratégias para fazer com que ela perceba a sua susceptibilidade ao vírus, os agravos da AIDS em sua vida e os benefícios que as conduzam a um comportamento preventivo e eliminem as possíveis barreiras existentes que poderão impedir o desencadeamento da ação preventiva.

## CAPÍTULO 5

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Torna-se extremamente difícil de se chegar a uma conclusão de um tema que ultrapassou a compreensão do significado do mundo da mulher. Para que se possa compreender sua complexidade e magnitude, tornam-se necessárias aproximações e vivência do processo do viver e conviver com o risco de se contrair o HIV/AIDS. Porém, não se pode negar que, em várias fases da construção do estudo, foram vivenciados momentos de intensas emoções e muitos questionamentos.

Compreender o comportamento preventivo em saúde das mulheres, suas crenças, não serve de contexto, apenas, para os profissionais de saúde, mas, também, para todas as mulheres que vivenciam situações que as expõem ao risco de contrair o HIV.

O estudo aborda uma compreensão ínfima diante da grandeza de informações que o foco de pesquisa pode abordar. Neste pequeno espaço do mundo da mulher, pôde-se compreender e conhecer como cada uma, percebe e age, na prática de sua sexualidade, com o objetivo de se realizar como mulher.

Para a implementação de ações direcionadas à prevenção do HIV, procurou-se, através do presente estudo, alcançar o objetivo de se verificar, à luz

do Modelo de Crenças em Saúde, como se expressam as crenças de dois grupos distintos de mulheres — as contaminadas e as não contaminadas pelo HIV/AIDS — em relação à sua susceptibilidade para o HIV/AIDS, à seriedade das modificações que ocorreriam ou que ocorreram em sua vida, ao contraírem o vírus ou desenvolverem a doença, e aos benefícios ou barreiras percebidos por elas para a adoção de comportamentos preventivos.

Sabidamente não se trata, como foi falado anteriormente, de uma interpretação ou de uma versão definitiva da situação vivenciada pela mulher, mas, de um retrato de um grupo de mulheres infectadas pelo HIV que vivenciam o agravo da doença em seu aspecto biológico e social e de mulheres não infectadas que vivenciam o imaginário de se sentirem distantes da possibilidade real de contraírem o HIV, visto que, do ponto de vista científico, elas estão “próximas do HIV”.

O resultado que irá ser delineado, a seguir, não significa que a adoção de um comportamento preventivo para a AIDS deva ser rigorosamente igual para toda a população feminina, pois deve-se, antes de qualquer ação educativa, conhecer o grupo a que se destinam as orientações, de forma a se considerar que as características de uma dada amostra se diferenciam das de toda uma população.

Para consecução do objetivo proposto, o estudo foi desenvolvido com os dois grupos já citados — o das mulheres contaminadas pelo HIV e o das não contaminadas. Através de instrumentos diferentes construídos a partir das dimensões do Modelo de Crenças em Saúde, proposto por Becker, foi delineado o perfil sociodemográfico dos sujeitos, realizou-se o levantamento das crenças em relação à suscetibilidade percebida para o HIV/AIDS, à severidade percebida em relação à doença, aos benefícios e às barreiras percebidas para a ação preventiva, além dos estímulos para essa ação. A amostra foi constituída de 140 mulheres, com média de idade de 35,9 para ambos os grupos, na sua maioria



casadas/união consensual, com 1 a 3 anos de estudos, com atividades do lar e domésticas e com uma renda em torno de 1 a 3 salários mínimos.

As mulheres estudadas demonstraram ter um nível de conhecimentos acerca dos meios de transmissão do HIV, das categorias de exposição e das medidas preventivas para o vírus. Não foram observadas diferenças significativas de conhecimentos entre os dois grupos estudados no que diz respeito ao tema investigado.

No que concerne à percepção de suscetibilidade ao HIV os resultados demonstraram que as mulheres do grupo contaminado possuíam uma baixa percepção de risco quando comparadas com o grupo de mulheres não contaminadas. Apesar de se diferirem estatisticamente das mulheres contaminadas, um número significativo de mulheres não contaminadas não se percebem em risco de contaminação pelo HIV, o que as tornam vulneráveis ao mesmo. A percepção subjetiva de acreditar-se fora da faixa de risco para o HIV necessita de intervenções que abordem o significado de viver situações que favoreçam ou preparem a mulher para se deparar com o HIV.

Para as mulheres contaminadas, a percepção dos agravos que a AIDS acarretou em sua vida, após serem infectadas, foi retratada pelo entendimento da AIDS como uma doença grave, incurável e de alta letalidade. Os prejuízos familiares, sociais e no trabalho foram pouco evidenciados por elas, já que a maioria optou por esconder sua soropositividade como estratégia para se livrar do preconceito. Perceberam, no entanto, que a AIDS interferiu significativamente em sua relação amorosa, na vida doméstica.

Os dados revelaram que as mulheres do grupo de não contaminadas acreditam na gravidade da AIDS como evento clínico ou médico. Percebem que sua presença influenciará negativamente, no âmbito familiar, no financeiro, no trabalho, nas relações sociais e amorosas. Como principal responsável pela contaminação pelo HIV, a maioria das mulheres pesquisadas apontou o esposo

ou companheiro. É premente a necessidade de que se modifiquem concepções culturalmente transmitidas de geração a geração, como a condição de submissão da mulher, na esfera sexual.

Conhecer e reconhecer a doença como elemento que poderá interferir fisicamente no indivíduo, levando-o, assim, a viver limitações definitivas, poderá levá-lo a comportamentos preventivos, a partir do grau de ameaça que percebe da realidade em que vive. A reflexão e a discussão, em programas de intervenções, de aspectos relacionados com os efeitos deletérios da AIDS na vida das mulheres, as conduzirão a uma maior conscientização sobre os benefícios que as ações preventivas lhes oferecerão, como forma de evitarem danos físicos e psicológicos.

Rosenstock (1974) enfatiza que o motivo que vai determinar a escolha da ação de saúde dependerá do grau em que o indivíduo se sente ameaçado por uma doença, das conseqüências que ela acarretará nele, ao contraí-la, bem como do que representa para ele essa ameaça.

Quanto à percepção dos benefícios da ação preventiva, as mulheres do grupo contaminado reconheciam, antes de serem infectadas, os benefícios de terem um único parceiro, de usarem camisinha sistematicamente e da eficácia da camisinha como estratégia para se prevenirem do HIV. Para tomar uma direção consciente para um comportamento preventivo, a pessoa necessita sentir-se vulnerável ao HIV, reconhecer a doença como um elemento que poderá causar danos em algum componente de sua vida e acreditar na eficácia das medidas preventivas escolhidas para reduzir a ameaça.

Quanto aos benefícios percebidos pelas mulheres em relação às ações preventivas, o grupo de mulheres não contaminadas não diferiu das mulheres infectadas pelo HIV, exceto na crença de que a redução de parceiros sexuais diminui as chances de contraírem o HIV, crença essa maior para o grupo de

mulheres não contaminadas. Ter um único parceiro foi a medida preventiva que apresentou mais credibilidade para as mulheres na prevenção da AIDS.

Esses dados demonstram que as intervenções preventivas para a AIDS devam ser direcionadas às mulheres, considerando as suas crenças em relação ao que seja vivenciado nas situações de risco para a AIDS, em decorrência do comportamento do companheiro, de modo a se construir uma nova concepção a respeito do risco proveniente de uma conduta individual. É necessário, também, que elas tenham o direito de analisar e avaliar quais as medidas preventivas que melhor possam se adequar à sua realidade, com o objetivo de beneficiá-las na redução dos danos a sua saúde.

As barreiras existentes para as mulheres contaminadas foram evidenciadas através das crenças sobre a camisinha como meio inconveniente, desagradável, das conseqüências de pedirem seu uso, com maior ênfase à relação de confiança entre parceiros e da percepção de que o uso da camisinha é um hábito difícil de ser incorporado à vida do casal.

As barreiras para a tomada de atitudes preventivas constituem o elemento chave para que a mulher do grupo contaminado fosse exposta ao vírus. Conclui-se, então, que as mulheres que vivenciam a dura realidade de terem contraído o HIV, deveriam ter tido o direito de ter recebido informações que as fizessem perceber sua situação de vulnerabilidade.

Vencendo as discrepâncias entre as barreiras e os benefícios, é possível caminhar-se em direção à adoção de um comportamento preventivo contra o HIV.

A divulgação da importância da mulher casada ou com parceiro fixo prevenir-se da AIDS contribuirá para se desfazer a idéia de que prevenir AIDS é função apenas de homossexual, bissexual ou de quem possui múltiplos parceiros. Esse aspecto deve ser prioritário para os programas preventivos, que devem abordar o real significado do que seja vulnerabilidade.

Em ambos os grupos estudados não foram constatadas evidências de motivação para que, efetivamente, tanto a mulher antes de ser contaminada, quanto as mulheres não contaminadas acreditassem na necessidade de se proteger do HIV. O contrário acontece, hoje, com as mulheres HIV/AIDS que são motivadas para usar a camisinha, em decorrência de sua conscientização de risco para uma reinfeção.

A televisão foi uma fonte de informação considerada, pela grande maioria das mulheres estudadas, como uma forma de se adquirir conhecimentos sobre a AIDS. Informar sobre os meios de transmissão e estimular o uso da camisinha mostrou que o fato de conhecer a doença não foi suficiente para que a mulher acreditasse ser vulnerável. É necessário que se responda a questões, como: Quem deve usar camisinha?, Por que deve usar? Quem tem parceiro fixo tem risco de contrair AIDS? Quais os meios disponíveis para prevenir AIDS? Essas e outras perguntas devem fazer parte das orientações fornecidas pelo programa de prevenção da AIDS com o objetivo de despertar, na mulher casada, na dona de casa ou que possui um único parceiro a importância de pensar na AIDS como um agravo a sua saúde física e mental. Conhecer as especificidades da mulher, principalmente no que diz respeito às suas crenças sobre a doença, seu papel social, fará com que o planejamento das ações seja pautado na singularidade dessa população.

Na falta de motivação para se impulsionar a mulher na direção de vivenciar sua sexualidade com segurança, são necessários estímulos que possam ser produzidos pela interferência de profissionais de saúde, através de um planejamento participativo com a mulher, individualmente ou em grupo, como estratégia para forçá-la a descobrir, por si própria, a sua vulnerabilidade ao HIV.

A percepção da mulher da susceptibilidade de contrair o vírus, de reconhecer a AIDS como evento que trará sérias consequências para sua vida, de reconhecer os benefícios dos meios preventivos, eliminar as barreiras que

impeçam sua tomada de ação preventiva a conduzirá a um campo positivo, livrando-a, assim, dos riscos de contrair o HIV.

Vale salientar que para que, se alcancem as metas estabelecidas para a redução do número de mulheres contaminadas pelo HIV, são necessárias, além da participação conjunta dos profissionais de saúde, a participação das organizações não governamentais, da imprensa escrita, falada e televisoionada, dos órgãos oficiais e, sobretudo, da sociedade, no empenho para que se busquem estratégias que possam minimizar os efeitos da AIDS em mulheres.

A respeito do assunto, Barbosa e Parker (1999) apud Altman (1995) e Galvão (1998) destacam a importância fundamental da ação comunitária, dos movimentos sociais organizados como estratégias de mudanças estruturais para que os recursos disponíveis para o controle da AIDS sejam efetivamente explorados.

Os resultados deste estudo em muito contribuirão para se entender o comportamento preventivo da mulher com referência à AIDS, motivando, também, a necessidade de que se continuem outros estudos, enfocando, com mais profundidade, as dimensões do Modelo de Crenças em Saúde, apesar de se ter procurado dar uma maior abrangência às discussões, mas, devido à complexidade dos aspectos que envolvem a sexualidade feminina, tornou-se inevitável que muitos aspectos deixassem de ser contemplados.

Uma nova visão surge diante da riqueza de se trabalhar com a mulher, de se perceber suas necessidades e reavaliar as ações a ela direcionadas, a partir da real percepção acerca da sua sexualidade.

Esse estudo não termina aqui, mas continuará, pelas inúmeras questões levantadas e pelos questionamentos que merecem respostas. Além disso, o processo educativo deve ser iniciado a partir do que foi apreendido no convívio com essas mulheres.

## REFERÊNCIAS



## REFERÊNCIAS

- AIDS e profissionais do sexo no Brasil. Aidscongressnet. Disponível: <http://www.aidsportugal.com/article.php?sid+1446>. Acesso em: 9 out. 2002.
- ANDERSON, K. Mujeres, SIDA y pobreza en las poblaciones en Chile. In: GÓMEZ, A.(ed) Mujeres,vulnerabilidad y VIH/SIDA enfoque desde los derechos humanos. **Cuadernos Mujer salud/3 red de salud da las mujeres latinoamericanas y del caribe**. 1998. p.17-26.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS (ABIA). **Conversa de mulheres**. Boletim da ABIA, p.9, jan./mar. 1997
- BACKETT, E. M. et all. **O enfoque de risco na assistência à saúde: com especial referência à saúde materno infantil, inclusive planejamento familiar**. Washington: Organização Pan-Americana de Saúde, 1985. 11p.
- BALDY, J. L. S. Doenças sexualmente transmissíveis. In: AMATO NETO, V.; BALDY, J. L. **Doenças Transmissíveis**. 3.ed. São Paulo: Savier, 1991. 146p.
- BARBOSA, R H. M. AIDS e saúde reprodutiva: novos desafios. In: COSTA, S.H. **Questões da Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999. p.281-295.
- BARBOSA, R.H.S. AIDS e gênero: representações de risco entre mulheres de uma comunidade favelada no Rio de Janeiro. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1,p.41 -43 jan/jun.1997.
- BECKER, M. H.; DRACHMAN, R.; KIRSCHT, J. P. A new approach to explaining sick-role behavior in low income populations. **American Journal of Public Health**, v.64, n.3, p. 205-16 , 1974.
- BECKER, M. H. Health Belief Model and sick role behavior. **Health Education Monographs**, v.2, n.4, p.409-419. 1974.
- BERER, M. **Mulheres e HIV /AIDS**. Brasília, DF: Brasiliense, 1998. Cap.8, 10. p.185 -255.
- BETANCES, B. Mujeres madres y el SIDA realidades, dilemas e programas para LA acción. In: GÓMEZ, A. Mujeres,vulnerabilidad y VIH/SIDA: enfoque desde los derechos humanos. **Cuadernos Mujer salud/3 red de salud da las mujeres latinoamericanas y del caribe**. Santiago, 1998. p.51-52.
- BIOLO, A.; SELIGMAN.B. G. S.; SPRING. E. Fisiologia e Evolução Natural da Doença: fases da infecção.IN: SPRING, E.; FINKELSZTEJN, A. **Rotinas em HIV e AIDS**. Porto Alegre: Ed. Artmed, 1999. Cap.2, p.99-100.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS. **Boletim Epidemiológico-AIDS**, Brasília, DF, v.15, n.1, out/mar. 2002a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS. **Boletim Epidemiológico-AIDS**, Brasília, DF, v.16, n.1, abr/dez. 2002b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS. **Boletim Epidemiológico-AIDS**, Brasília, DF, v.13, n.2, jul/set, 2000a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/ AIDS. **Boletim Epidemiológico-AIDS**, Brasília, DF, v.13. n.3, out/dez. 2000b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde.Comissão Nacional de Ética em enfermagem. **Normas para envolvendo seres humanos**. (Res. CNS 196/96 e outras). Brasília, DF, 2000c. Resolução n.196 de 10 de outubro de 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/ AIDS. **Boletim Epidemiológico-AIDS**, Brasília, DF, v.1, n.1, dez. 1998/ fev. 1999a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/ AIDS. **Boletim Epidemiológico-AIDS**, Brasília, DF, v.12, n.3, jun-ago. 1999b. p.58.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas de Saúde.Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Política Nacional de DST/AIDS: princípios e diretrizes**. Brasília, DF, 1999c. p.13,57,58.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS. **Boletim Epidemiológico-AIDS**. Brasília,DF, v.11, n.4, set/nov. 1998.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS. **Boletim Epidemiológico-AIDS**. Brasília, DF, v.6, n.2, mar. 1996. p.3.

BRITO, N.; VILLELA, W. Mulheres Vivendo com HIV. **Jornal da Redesaúde**. n.17, mai. 1999. p.7-9.

BURR, F. A.; TARRÈS, M.R.; PAIVA,V; Diseno, aplicación y evalutción de un Taller de Sexo más seguro para mujeres universitarias, In: GÓMEZ, A.(Ed) Mujeres, vulnerabilidad y VIH/SIDA: enfoque desde los derechos humanos. **Cuadernos Mujer/3 Red de salud 5 da las mujeres latinoamericanas y del caribe**. Santiago. 1998, p 147-150.

CASTILHO, E.A.; CHEQUER, P A epidemia da aids no Brasil. In: **SIMPÓSIO INTERNACIONAL: a epidemia da aids no Brasil: situação e tendências.** Ministério da Saúde.Brasília, DF: MS, 1997. p.9.

CÁRRES, C. F. Opressão Sexual e Vulnerabilidade ao HIV. Disponível em: <[http://www.soropositivoorg/aids\\_e\\_pobreza/opressão\\_sexual\\_e\\_vulnerabilidade](http://www.soropositivoorg/aids_e_pobreza/opressão_sexual_e_vulnerabilidade)>. Acesso em: 19 abr. 2002

CASTRO, I. A. Estudo identifica usuária de camisinha feminina. **Comunicação UNIFESP/Saúde Paulista reportagens.** Disponível em: <[www.unifesp.br/comunicação/sp/ed01/reports9.htm](http://www.unifesp.br/comunicação/sp/ed01/reports9.htm)>. Acesso em: 21 dez. 2002.

CHAMBERLAND, M. E., DONDERO, T. J. Heterosexually acquired infection with human immunodeficiency virus(HIV). **Ann.Intern.Med**, v.107, n.5, p. 765, 1987.

CHIRIBOGA, C. R. Mujer Y SIDA: conceptos sobre el tema. In: Situacion de la mujeres y el VIH/SIDA em America Latina. Cuernavaca: Instituto Nacional e Salud Pública, 1997. p.22.

CRESCE o índice de mulheres com HIV. **Correio da Paraíba**, João Pessoa, 4 fev. 2001.Milenium, p.3.

CUNHA, M. M. L. C.; SOARES, M. J. G.; CAVALCANTI, M. S. L. Análise epidemiológica das tendências da AIDS no Brasil e Paraíba. **Revista Ciência Cultura e Saúde**, João Pessoa, n.12, p.54-8, jun./dez.1993.

DASSEY, D. E. HIV and orogenital transmission. **Lancet**, v.2, n.8618, p.44, 1988.

DELA COLETA, M. F. **O modelo de crenças em saúde:** uma aplicação a comportamentos de prevenção e controle da doença cardiovascular. 1995. 244f. tese (Doutorado em Psicologia)-Universidade de Brasília, Brasília, DF.

DOSSIÊ mulher e AIDS: Panorama da epidemia da AIDS. Disponível em: <[http://www.redesaude.org.br/dossies/html/body\\_ma-panorama.html](http://www.redesaude.org.br/dossies/html/body_ma-panorama.html)>. Acesso em: 30 jul. 2002a.

DOSSIÊ mulher e AIDS – Comportamento sexual e uso do preservativo. Disponível em: <[http://www.redesaude.org.br/dossies/html/body\\_ma-panorama.html](http://www.redesaude.org.br/dossies/html/body_ma-panorama.html)>. Acesso em: 30 jul. 2002b.

DEUTNER, K. Mulheres com apenas um parceiro sexual representam 80% das infecções por HIV. **Ultimo segundo.** 2001. Disponível em: <[http://ultimosegundo.ig.com.br/home/editorial/stories/editorial\\_body/0,1205,631989,00.html](http://ultimosegundo.ig.com.br/home/editorial/stories/editorial_body/0,1205,631989,00.html)> Acesso em: 19 nov. 2001.

FELDBLUM, P. J.; FORTNEY, J. A. Condoms, Spermicides and the transmission of human immunodeficiency virus: a review of the literature. **AM. J. Public Health**, v.78, n.1, p.52, 1988.

FERNANDES, A. M. dos S. et al. Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres brasileiras atendidas pela rede básica de saúde com relação as doenças de transmissão sexual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, p.103–111, 2000. Suplemento1.

FISCHL, M. A. Prevenção da transmissão da AIDS durante a relação sexual. In: DE VITA, V. **AIDS/SIDA: etiologia, diagnóstico e prevenção**. 2.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1991. p.378.

FLETCHER, R. H. et al. **Epidemiologia clinica: bases científicas da conduta médica**.ed. rev. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989. p.126-131.

FOLHETO mulher e AIDS: Dados sobre a Epidemia. Disponível em: <[http://www.redesaude.org.br/html/body\\_aids-02-2.html](http://www.redesaude.org.br/html/body_aids-02-2.html)> Acesso em: 26 nov 2002a.

FOLHETO mulher e AIDS, Enfrentar a Desigualdade. Disponível em: [http://www.redesaude.org.br/html/body\\_aids-02-4.html](http://www.redesaude.org.br/html/body_aids-02-4.html)>. Acesso em: 26 nov. 2002b.

FONSECA, M. G. P.; BARREIRA, D. A evolução da mortalidade por AIDS no País, segundo sua distribuição geográfica. **Boletim Epidemiológico-AIDS**, Brasília, DF, v.13, n.03, out/dez. 2000.

FRAGA, M. M. et al. Propaganda sobre AIDS veiculada na televisão: retenção das mensagens e mudanças de comportamento. In: DAMASCENO, M. M. C.; ARAÚJO, T. L.; FERNANDES, A. F. C. **Transtornos Vitais no Fim do Século XX: Diabetes Mellitus, distúrbios cardiovasculares, câncer, AIDS, tuberculose e hanseníase**. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999. p.103-111.

FREITAS, M. R. I.; GIR, E.; RODRIGUES, A. R. F. Compreendendo a sexualidade de indivíduos portadores de HIV-1 **Rev. Esc. Enf. USP**, v.34, n. 3, p. 258-63, set. 2000.

GALVÃO, J. Algunos desafios de la epidemia del SIDA en Brasil. In: GÓMEZ, A.(ed) **Mujeres, vulnerabilidad y VIH/SIDA enfoque desde los derechos humanos. Cuadernos Mujer salud/3 red de salud da las mujeres latinoamericanas y del caribe**, Santiago. p.7, 1998.

GÓMEZ, A. Mujeres y VIH/SIDA - Un enfoque desde el género In: GÓMEZ, A.(ed) **Mujeres, vulnerabilidad y VIH/SIDA enfoque desde los derechos humanos. Cuadernos Mujer salud red de salud da las mujeres latinoamericanas y del caribe**, Santiago. p.7-11, 1998.



GOTLIEB, S. A. D.; CASTILHO, E. A. de.; BUCHALLA, C. M. O impacto da Aids na esperança de vida Brasil, 1996. **Boletim Epidemiológico, AIDS**. Brasília, DF, v.11,n.3, p.33, jul/set. 2000a.

GOTLIEB, S. A. D.; CASTILHO, E. A. de.; BUCHALLA, C. M. O impacto da Aids na esperança de vida, 2000. **Boletim Epidemiológico, AIDS**. Brasília, DF, v16, n.1, p.17-23, abr/dez. 2002b.

GROSSKURTH, H. et al. Impact of improved treatment of STD on HIV infection in rural Tanzania; randomised controlled trial. **The lancet**, p.346, 1995.

GUIMARÃES, C. D. Mulheres, Homens e AIDS: o Visível e o Invisível. In PARKER, R. et al. **A AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994. p.218. (História Social da AIDS; nº 2) .

\_\_\_\_\_. "Mais Merece"! o estigma da infecção sexual pelo HIV/AIDS em mulheres. **Revista estudos feministas**, Rio de Janeiro, v.4 n.2, p.129, 298. 1996a.

\_\_\_\_\_. Mas eu conheço ele - um método de prevenção do HIV/AIDS. In: PARKER, J. (orgs). **Quebrando o Silêncio: mulheres e AIDS no Brasil** Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996b. (história Social da AIDS, 7) p.129.

\_\_\_\_\_. Aids no feminino: por que cada dia mais as mulheres contraem Aids no Brasil? Rio de Janeiro: Editora UFRJ, p.129, 2001.

JULIÃO, T. C. .et al. O Cotidiano de Mulheres e a Prevenção da AIDS. In: DAMASCENO, M.M.C.; ARAÚJO,T.L.;FERNANDES,A F.C. **Transtornos Vitais no Fim do Século XX: Diabetes Mellitus, distúrbios cardiovasculares, câncer, AIDS, tuberculose e hanseníase**. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999. p.101.

KNAUTH, D. R. O vírus procurado e o vírus adquirido – a construção da identidade entre mulheres portadora do vírus da AIDS. **Estudos Femininos**, Rio de Janeiro.v.5, n.2. p.291-301, 1997.

LAGO, T. D. G. Opções contraceptivas em tempos de AIDS. IN: PARKER, R.; GALVÃO, J. **Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1996. p.191-203.

LASKI, M. Mujeres, vulnerabilidades y género. In: GÓMEZ, A.(ed) Mujeres, vulnerabilidad y VIH/SIDA enfoque desde los derechos humanos. **Cuadernos Mujer salud red de salud da las mujeres latinoamericanas y del caribe**, 1998. p.7.

LESCURA, Y.; MAMEDE, M. V. **Educação em Saúde: abordagem para o enfermeiro**. São Paulo: Savier, 1990, p.15.

- LESCURA, Y. **Doenças sexualmente transmissíveis - sífilis, gonorréia e AIDS-** no espaço de vida dos alunos universitário. 1994. 210f. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- LOPES, M. V. O.; FRAGA, M. N. O. Pessoas Vivenciando com HIV: estresse e suas formas de enfrentamento. **Rev. Latino Am. Enfermagem**. v.6. n.4. p.76-79, out. 1998.
- LUCIO, A. Doenças epidêmicas aumentam na PB. **Correio da Paraíba**, João Pessoa, 7 jan. 2001. Caderno Cidade, p.2.
- LOWNDES, C.M. Doenças Sexualmente Transmissíveis na mulher. In: COSTA, S.H. **Questões da Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1999. 468p.
- MARCON, S. S. Comportamento Preventivo em Saúde: exploração do conceito. **Rev Gaúcha de Enferm**, Porto Alegre, v.11, n.2, p.28-34, jul.1990.
- MENEGHIN, P. Entre o medo da contaminação pelo HIV e as representações simbólicas da AIDS: o espectro do desespero contemporâneo. **Rev Esc. Enf. USP**, v.30, n. 3, p.399-415, dez. 1996.
- MAIMAN, J.A ; BECKER, M H. The health belief: origins and correlates in psychological theory. **Health Education Mongraphs**, v.2,n.4, p. 336-353, 1974.
- MOREIRA, A. S. P.; MORIYA, T. M. Aspectos psicossociais da epilepsia: representações sociais de grupos. In: MOREIRA, A.S.P.; OLIVEIRA, D.C. (Org) **Estudos Interdisciplinares de Representações Sociais**. Goiânia: AB, 1998. p.213-217.
- MOTA, M. P. Gênero e Sexualidade: fragmentos de identidade masculina nos tempos da AIDS. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p 145-.155, jan./mar.1998.
- MULHERES aprovam camisinha feminina. **Jornal da Tel@.Coordenação**, Ano 1, n.7, ago./set, 1999. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/jornal.htm>> Acesso em: 21 dez. 2002.
- NÚMERO de adolescentes infectados por HIV é maior. **Correio da Paraíba**, 30 nov. 2002, A-5.
- NYAMATHI, A. M. FLASKERUD, J.H. Fatores de risco e a infecção pelo HIV. In: FLASKERUD, J. H. **AIDS/ Infecção pelo HIV**. Rio de Janeiro: Medsi, 1992. p.191-196-212.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD – ONUSIDA/OMS. **Resumen Mundial de la epidemia de VIH/SIDA - diciembre, 2002**. Ginebra, 2002. Disponível em: <<http://www.unaids.Org>>. Acesso em: 18 mar. 2003.



\_\_\_\_\_. ONUSID/OMS. Prevencion de la transmisión materno infantil In: **Los niños y los jóvenes en un mundo com SIDA**. diciembre, 2001. Disponível em: <<http://www.unaids.org>>. Acesso em: 18 dez. 2002b.

\_\_\_\_\_. ONUSIDA/OMS. **Prevencion de la Transmission Sexual del virus de la inmunodeficiencia humana**. Genebra ,1990. (Série OMS sobre el SIDA; 6).

\_\_\_\_\_. ONUSIDA/OMS. **La estrategia Mundial contra el SIDA**. Genebra, 1993. p.15. (Série OMS sobre el SIDA,11).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **AIDS: prevenção contra a transmissão sexual do vírus da imunodeficiência humana**. São Paulo: Ed. Santos, 1990, p. 4-21 (Série, 3).

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. **La estrategia Mundial contra el SIDA**. Genebra ,1993. p.15. (Série OMS sobre el SIDA,11).

OROZCO, Y. P. **Mulheres, AIDS e Religião**. São Paulo: CDD, 2002. 79p.

ORTIZ, E. R. Enfoque de risco e planejamento de ações de saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e Saúde**. 3.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1988. p. 449.

OSTROW, D. G. Psychiatric considerations in human immunodeficiency vírus disease. In: De VITA, V. Jr; HELLMAN, S. ; ROSENBERG, S A. **AIDS: etiology, diagnosis, treatment and prevention**. 4. ed. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1997. Cap. 27, p.541-50.

PADIAN, N. et al. Male-to-female transmission of human immunodeficiency virus. **JAMA**, v.258, n.6, p.781-90, 1987.

PAIVA,V; et al. Sida, vulnerabilidade y condicionantes de género. In: GÓMEZ, A.(ed) **Mujeres, vulnerabilidad y VIH/SIDA: enfoque desde los derechos humanos. Cuadernos Mujer 3 Red de salud 5 da las mujeres latinoamericanas y del caribe**, Santiago. p.34-38, 1998.

PANORAMA da epidemia AIDS. Boletim Epidemiológico-AIDS. Brasília, DF, 1999. Disponível em: <<http://www.redesaude.org.br/jornal/html/body-ma-panorama.html>>. Acesso em: 11 fev. 2001.

PARAIBA. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação de Vigilância Epidemiológica Núcleo de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS. **Dados Preliminares**, dez. 2002.

PARAIBA. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação de Vigilância Epidemiológica Núcleo de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS. **Dados Preliminares**, out. 2000.

PARAÍBA, Secretária de Saúde. Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS. João Pessoa, 1998. (dados estatísticos).

PARKER, R. Sexo entre homens: consciência da AIDS e comportamento sexual entre os homens homossexuais e bissexuais no Brasil. In: PARKER, R. et al (org.) **AIDS no Brasil**. (1982-1992). Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994. p.142-145. (História Social da AIDS n.2).

PARKER, R. G. Aspectos Antropológicos do HIV/AIDS no Brasil. Boletim ABIA. 2002. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/udtv/doc07.htm>>. Acesso em: 29 mai. 2002.

PARKER, R.; GALVÃO, J. **Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume - Dumará, 1996.

PETERMAN, J. A. et al Risk of human immunodeficiency virus transmission from heterosexual adults with transfusion-associated infections. **JAMA**, v.259, n.1, p.57,1988.

PETROTTI, J. A. Da AIDS e do direito. **Bioética**. São Paulo, v.1, n.1, p.75, 1993.

PRAÇA, N. S. **A cuidadora e o (ser) cuidado: uma relação de dependência no enfrentamento da AIDS**. 1998. 262p. Doutorado (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo.

PRAÇA, N. S.; GUALDA, D. M. R. Percepção de risco para AIDS em mulheres favelada segundo o Modelo de Crenças em Saúde. **Rev. Enf. USP**, v. 35, n.1, p.54-9, 2001.

REDDING, C. A. et al. Health Behavior Models. The International Eletronic **Journal of Health Education**, n. 3,p.180-193. 2000.

REDFIELD, R. R. et al. Female-to-male transmission of HTLV-III. **Jama**, v.225, n.13, p.1703, 1986.

ROSA, A.I.V.et al. HIV na mulher.In: SPRING, E et al. **Rotinas em HIV e AIDS**. Porto Alegre: Artmed, 1999. cap.18, p.100-109.

ROSENSTOCK, I. M What research motivation suggests for public health. **American Journal of Public Health**, v.30, n.3, p.295-302, 1960.

\_\_\_\_\_. What research motivation suggest for public health. **American journal of public health**, v.44, n.3, p.94-122,1966.

\_\_\_\_\_. Historical origins of the health belief model. **Health Educ. Monog.**, v. 20, n.4, p.328 - 335, 1974.

SADALA, M. L. A.; MATIAS, L. O significado atribuídos ao cuidar de pacientes com aids. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 34, n.1. p.1-8, mar, 2002.

SANCHEZ, C. S.; RODRÍGUES, C. A. La sexualidad en los tiempos del VIH/SIDA. In: GÓMEZ, A. Mujeres, vulnerabilidad y VIH/SIDA: enfoque desde los derechos humanos. **Cuadernos Mujer salud/3 red de salud da las mujeres latinoamericanas y del caribe**. Santiago, 1998. p.68-70.

SANTIAGO, H. 15 casos são detectados por mês **Correio da Paraíba**, João Pessoa, 26 jan. 2003. Cidades, p. B-7.

SANTOS, E.M. AIDS e mulher: desafios para definições de políticas de intervenção. In: PARKER, R.; GALVÃO, J.(ORG). **Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1996.p.79-87.

SANTOS, N. J .S. et al. Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. **Rev.Saúde Pública**, v.36,n.4, p.12-23, ago, 2002.

SCHUCH, P. AIDS e sexualidade entre universitários solteiros de Porto Alegre: um estudo antropológico.In: DUARTE.L.F.; LEAL, O. F. (org). **Doença, sofrimento, perturbação: perspectiva etnográfica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998. 210p.

SEXO é banalizado entre os jovens. **Correio da Paraíba**, João Pessoa, 26 jan. 2003. Cidade, p. B-7.

SEXO Seguro. Boletim Ação Anti-AIDS. Disponível em:<<http://www.abiaaids.org.br>>Acesso em: 18 nov 2002.

SHERLOCK, M.do S. M. **Vivendo e resistindo com o HIV**. 1996. 82f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.

SILVA, C. G. M. O significado de fidelidade e as estratégias para prevenção da AIDS entre homens casados. **Rev.Saúde Pública**, v.36, n.4, p.40-9, ago. 2002.

SMELTSE, S. C.; BARE, B. G. **Brunner/Suddarth – Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 7. ed. v.1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002

SOARES, M. J. G. O. **Padrões do comportamento sexual como fator de risco para a AIDS em universitários**. 1995. 122f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

SOUZA, A S. de et al. O ser humano com AIDS e a convivência em família. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v.9, n.2, pt.1, p.186-196, mai/ago. 2000.

SOUZA FILHO, E. A. de. Dois estudos sobre representações sexuais/ afetivas no contexto da Aids no Rio de Janeiro. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. de. (org) **Estudos Interdisciplinares de Representação Social**. Goiânia: AB. p.225.

SPINDOLA, T.; BANIC, M. Ser mãe portadora do HIV: análise compreensiva. Esc. Anna Nery. **Revista Enfermagem**. Rio de Janeiro, v.2, n.1/2. abr/set.1998. p. 104-109.

SPINDOLA, T.; ALVES, C. F. Perfil de mulheres portadoras do HIV de uma maternidade no Rio de Janeiro. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.33, n.1, p.66-80, mar.1999.

STONE. K. M.; PETERSON. H. B. Spermicides, HIV and the vaginal sponge. **Jama**, v. 268, n. 4, p. 522, 1992.

SPRING, E.; FERREIRA, J.; PEREIRA, R. P. Epidemiologia da infecção: aspectos que contribuem para a transmissão do HIV. In: SPRINZ, E.; FINKELSZTEJN, A (col). **Rotinas em HIV e AIDS**. Porto Alegre: Artmed, 1999. cap.1, p.21-24.

STRECHER, V. J.; ROSENSTOCK, I. M. The health belief model. In: GLANZ, K.; LEWIS, F. M.; RIMER, B. K. **Health behavior and health education: theory, research and practice**. 2.ed. São Francisco: Jossey-Bass, 1997. cap.3, p. 41-59.

TAVOR, R. VIH/SIDA y violencia em Honduras Nuevas formas de control y sospecha sobre lo cuerpos de las mujeres. In: GÓMEZ, A.(ed) **Mujeres, vulnerabilidad y VIH/SIDA enfoque desde los derechos humanos. Cuadernos Mujer salud/3 red de salud da las mujeres latinoamericanas y del caribe**. Santiago, 1998, p.61.

TAKAHASHI, R. F.; SHIMA, H.; SOUZA, M. de. Mulher e AIDS: perfil de uma população infectada e reflexões sobre suas implicações sociais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.6, n.3, p.59-65, dezembro. 1998.

TESTES identificam portador de HIV de subtipo raríssimo. **A província do Pará**, Belém, mai, 1997. Cad. Ciência e Saúde, p.12.

TUNALA, L. G. T. Fontes cotidianas de estresse entre mulheres portadoras de HIV. **Rev. Saúde Pública**, v.36, n.4, p.24-31, 2002.

VERMELHO, L. L.; BARBOSA, R. H. S. B; NOGUEIRA, S. A. Mulheres com AIDS: desvendando histórias de risco. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.370, abr./ jun.1999.

VIEIRA, et al. Anticoncepção em tempos de AIDS. In: GALVÃO, L; DÍAZ, J. (org). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec, 1999. Cap. 13. p.326.

VILLELA, W. V. Vulnerabilidade de las mujeres respecto del VIH. In: GÓMEZ, A.(ed) Mujeres, vulnerabilidad y VIH/SIDA enfoque desde los derechos humanos. **Cuadernos Mujer salud red de salud da las mujeres latinoamericanas y del caribe**, p.16, 1998.

\_\_\_\_\_. Num país tropical do sexo que se faz ao sexo do qual se fala. In: GALVÃO, L; DÍAZ, J (org). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec, 1999. Cap.12. p.311.

VILLELA, W.; BRITO, N. Mulheres Vivendo com o HIV. **Jornal da rede Saúde**. n.17, mai..1999, p.7-9.

WESTRUPP, M. H. B. **Os (con) viventes com o HIV**: das praticas sexuais aos enfrentamentos com os parceiros infectados. Pelotas: Ed. Universtária, 1998. p.53.

WILLIAMS, A.F.; WECHESLER, M.; Interrelationship of preventive actions in health and other areas. **Health Services Reports**, v.87, n.10, p.969-76, 1972.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, HIV Transmission: AIDS images of the epidemic. Genebra, 1994. Cap.3.

# APÊNDICES



## APÊNDICE A

Ofício S/N - 94

Diretor do Complexo de Doenças Infecto-Contagiosas Dr. Clementino Fraga.

Sr. Diretor

Solicitamos a V. Sa., autorização para a aplicação do questionário da pesquisa intitulada “HIV/AIDS Comportamento Preventivo em Mulheres” que tem como objetivo analisar, à luz do modelo de crenças em saúde, como se expressam as crenças de dois grupos de mulheres - as contaminadas e as não contaminadas pelo HIV-, em relação à sua susceptibilidade para o HIV, à seriedade das modificações que ocorreriam ou que ocorreram em sua vida ao contraí-lo, e, aos benefícios percebidos por elas para a adoção de comportamentos preventivos, a ser preenchido pela pesquisadora com a finalidade de coletar dados para a referida pesquisa.

Informamos que o presente estudo foi aprovado pela comissão de ética do Hospital Universitário Lauro Wanderley, conforme declaração em anexo. Acrescento que garantimos que os participantes não serão identificados e que será mantido o caráter confidencial de todas as informações fornecidas nas entrevistas.

Atenciosamente,

Maria Julia Guimarães Oliveira Soares  
Aluna do Curso de Doutorado em Enfermagem

## APÊNDICE B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Maria Julia Guimarães Oliveira Soares, professora da Universidade Federal da Paraíba, estou desenvolvendo uma Tese de Doutorado, com o como objetivo de analisar, à luz do modelo de crenças em saúde, como se expressam as crenças de dois grupos de mulheres - as contaminadas e as não contaminadas pelo HIV - em relação à sua susceptibilidade para este vírus, à seriedade das modificações que ocorreriam ou que ocorreram em sua vida, ao contraí-lo, e aos benefícios percebidos por elas para a adoção de comportamentos preventivos. Os resultados em muito contribuirão para a compreensão do comportamento preventivo em mulheres, de modo a ajudar na implementação de ações preventivas que as protejam dos riscos de contraírem o HIV.

Caso a senhora queira participar do estudo estará livre para, a qualquer momento poder solicitar sua exclusão da pesquisa.

Ressaltamos, ainda, que garantimos que as participantes não serão identificadas e que será mantido o caráter confidencial de todas as informações fornecidas nas entrevistas.

Estaremos a sua disposição para esclarecê-las sobre qualquer dúvida, durante o processo de coletas de dados, como também, fornecer-lhe informações dos resultados da pesquisa, podendo obter contato conosco pelo telefone 2470183 ou 2167248(UFPB).

Eu \_\_\_\_\_, portadora do RG \_\_\_\_\_ tendo lido e entendido as explicações acima, concordo em participar da pesquisa e declaro, para os devidos fins, que cedo os direito dos resultados da entrevista, para a operacionalização da pesquisa HIV/AIDS - Comportamento preventivo em mulheres.

\_\_\_\_\_  
Participante da pesquisa

\_\_\_\_\_  
M<sup>a</sup> Julia Guimarães Oliveira Soares  
Autora da pesquisa

**APÊNDICE C****FORMULÁRIO 1 (MULHERES CONTAMINADAS)****I – FATORES MODIFICADORES****– Variáveis Demográficas**

1 - Faixa Etária \_\_\_\_\_

2 - Escolaridade

2.1 - ( ) nenhum

2.2 - ( ) 1 a 3 anos

2.3 - ( ) 4 a 7 anos

2.4 - ( ) 8 a 11 anos

2.5 - ( ) 12 e mais

3 - Estado Civil

3.1 - ( ) solteira

3.2 - ( ) casada/união consensual

3.3 - ( ) viúva

3.4 - ( ) separada judicialmente

3.5 - ( ) divorciada

3.6 - ( ) outros \_\_\_\_\_

4 - Tempo de casada/ união consensual \_\_\_\_\_

5 - Religião

5.1 - ( ) católica

5.2 - ( ) evangélica

5.3 - ( ) adventista

5.4 - ( ) espírita

5.5 - ( ) umbanda

5.6 - ( ) outros \_\_\_\_\_

6 - Renda Pessoal

1 - ( ) < 1 salário mínimo

2 - ( ) 1 a 3 salários mínimos

3 - ( ) 3 a 5 salários mínimos

4 - ( ) > 5 salários mínimos

5 - ( ) sem renda

7 - Profissão /Ocupação \_\_\_\_\_

8 - Número de Filhos \_\_\_\_\_ Infectados Sim ( ) Não ( )

– Variáveis sociais.

1 - Conhecimento das mulheres sobre HIV/AIDS.

- 9 - A AIDS é transmitida através do sangue? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei
- 10 - A AIDS é transmitida através do suor? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei
- 11 - A AIDS é transmitida através da saliva? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei
- 12 - A AIDS é transmitida através da gestação, parto e do leite materno?  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei
- 13 - A AIDS é transmitida através das lágrimas? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei
- 14 - A AIDS é transmitida através do esperma? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei
- 15 - A AIDS é transmitida através do aperto de mão? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei
- 16 - A AIDS é transmitida através das secreções vaginais? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei
- 17 - A mulher tem mais facilidade de contrair o HIV do que o homem?  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei
- 18 - A mulher transmite o HIV ao homem nas relações sexuais?  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei
- 19 - Uma pessoa pode ser portadora do HIV, não manifestar seus sintomas e transmitir o vírus a seus parceiros sexuais? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei
- 20 - Homens que tem relações sexuais só com mulheres, sem usar camisinha, estão em risco de contrair o HIV nas relações sexuais? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei
- 21 - Homens que fazem sexo, tanto com mulheres, como com homens estão em risco de contrair o HIV nas relações sexuais? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei
- 22 - Homens que fazem sexo só com homens sem camisinha, estão em risco de contrair o HIV nas relações sexuais? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei
- 23 - As profissionais do sexo (prostitutas) estão em risco de contrair o HIV nas relações sexuais? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei
- 24 - Não fazer sexo é um meio seguro para evitar o risco de contrair o HIV?  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei
- 25 - Evitar múltiplos parceiros reduz os riscos de infecção pelo HIV nas relações sexuais? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei
- 26 - Possuir um único parceiro numa relação fiel e monogâmica elimina os riscos de contrair o HIV nas relações sexuais? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei
- 27 - Usar camisinha em todas as relações sexuais isenta o indivíduo dos riscos de contrair o HIV? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei

**2 - Comportamento Sexual, Preventivo para a AIDS e Contato com a doença.**

28 - Com que idade você iniciou sua atividade sexual \_\_\_\_\_

29 - Você possui parceiro fixo? ( ) Sim ( ) Não

30 – Quantos parceiros sexuais você teve aproximadamente?

- 1 ( ) apenas um
- 2 ( ) de dois a quatro
- 3 ( ) de cinco a oito
- 4 ( ) mais de nove
- 5 ( ) não me lembro

31 – Antes de contrair o HIV, você usava camisinha em suas relações sexuais:

( ) sempre ( ) as vezes ( ) nunca usei

31.1 – Após contrair o HIV, qual a frequência do uso da camisinha? \_\_\_\_\_

32 - Você conhece a camisinha feminina? ( ) Sim ( ) Não

33 – Caso afirmativo, você já a usou? ( ) Sim ( ) Não

34- O que você acha da camisinha feminina?

---

---

---

35 – Você conhecia pessoa(s) com AIDS e mantinha relações sociais com elas antes de ser infectada pelo HIV? ( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder

**II - DADOS RELACIONADOS ÀS CRENÇAS DAS MULHERES SOBRE A AIDS/HIV.**

– *Susceptibilidade percebida – Percepção das chances de contaminação pelo HIV*

36 – Sua saúde física não permitiria você pegar HIV?

( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder

37 – Você tinha certeza de que não pegaria o HIV, nas suas relações sexuais?

( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder

38 - Você admitia a possibilidade de contrair o HIV, porém achava esse fato pouco provável? ( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder

39 – Você julgava que poderia adquirir AIDS dentro de poucos anos?

( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder

40 – Você não se preocupava com o risco de contrair o vírus da AIDS?

☐ Sim      ☐ Não      ☐ não sabe responder

41 – Quando você fazia sexo você não se preocupava se seu parceiro estava contaminado?      ☐ Sim      ☐ Não      ☐ não sabe responder

42 – Quando você fazia amor, você não lembrava que existia a AIDS?  
☐ Sim      ☐ Não      ☐ não sabe responder

– ***Severidade percebida - percepção das mulheres das conseqüências da AIDS em sua vida.***

43- A AIDS é uma doença grave? ☐ Sim ☐ Não      ☐ não sabe responder

44 – AIDS é uma doença que não tem cura? ☐ Sim ☐ Não ☐ não sabe responder

45 – A AIDS é uma doença que mata muitas pessoas?  
☐ Sim ☐ Não ☐ não sabe responder

46 – Quando você pensava na AIDS, você sentia medo?  
☐ Sim ☐ Não ☐ não sabe responder

47 – Por ter pegado AIDS sua vida familiar ficou prejudicada?  
☐ Sim      ☐ Não      ☐ não sabe responder

48 – Por ter sido contaminada pelo HIV a sua relação amorosa sofreu prejuízos:  
☐ Sim      ☐ Não      ☐ não sabe responder

49 – Você sente que sua vida em grupo mudou, depois que adquiriu AIDS?  
☐ Sim      ☐ Não      ☐ não sabe responder

50 – Por ter pegado AIDS, a sua situação financeira ficou prejudicada?  
☐ Sim      ☐ Não      ☐ não sabe responder

51 – A AIDS prejudicou suas atividades doméstica?  
☐ Sim      ☐ Não      ☐ não sabe responder

52 – A AIDS prejudicou suas atividades no trabalho ( emprego)?  
☐ Sim      ☐ Não      ☐ não sabe responder

53 – Pelo fato de ter pegado AIDS, você acha que é culpada?  
☐ Sim      ☐ Não      ☐ não sabe responder

54 - Pelo fato de ter pegado AIDS, seu companheiro/esposo foi o culpado?  
☐ Sim      ☐ Não      ☐ não sabe responder

55– Sua vida acabou quando você adquiriu a AIDS?  
☐ Sim      ☐ Não      ☐ não sabe responder



– ***Percepção dos benefícios para a tomada de ações preventiva - eficácia das ações escolhidas na redução da ameaça ao contato com o HIV.***

56 – Você acreditava que ter relação sexual com um único parceiro evita que se contrair o HIV/ AIDS? ( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder

57 – Você acreditava que usar camisinha em todas as relações sexuais evita que se contraia o HIV/AIDS? ( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder

58 – Você acreditava que usar camisinha quando você faz sexo é cuidar da sua saúde? ( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder

59 – Você acreditava que reduzindo o número de parceiros diminuiria as chances de adquirir o HIV? ( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder

60 - Você sabia onde adquirir preservativos gratuitos? ( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder

61 – Você acreditava que levar sempre preservativos consigo, no caso de decidir fazer sexo, teria evitado se expor aos riscos de pegar AIDS? ( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder

– ***Barreiras para a ação – Percepção das dificuldades de se prevenir à contaminação pelo vírus da AIDS.***

62 – O uso da camisinha reduz o prazer da mulher? ( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder

63 – O uso da camisinha reduz o prazer do homem? ( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder

64- A camisinha faz quebrar o clima de emoção na relação sexual? ( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder

65 –A camisinha deve ser usada pelas mulheres sem parceiro fixo? ( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder

66 – O uso da camisinha deve ser dispensado, quando a mulher é casada ou possui parceiro fixo? ( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder

67 – Você discutia com seu parceiro sobre o uso da camisinha masculina? ( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder

68 – É constrangedor pedir ao parceiro que use camisinha? ( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder

69 – Pedir para usar a camisinha poderia causar raiva no seu companheiro? ( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder

- 70 – Você tinha medo de pedir a seu parceiro para usar a camisinha?  
( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder
- 71 – Pedir o uso da camisinha pode produzir desconfiança no meu companheiro?  
( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder
- 72 – A mulher que pede o uso da camisinha admite que poderá estar sendo traída ou está traindo? ( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder
- 73 – O homem é quem decide se deve ou não usar a camisinha?  
( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder
- 74 – Usar camisinha nas relações requer um novo hábito que não é fácil de adotar?  
( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder

### III - ESTÍMULOS PARA A AÇÃO

- 75 – As campanhas sobre a AIDS te ajudaram a conhecer a AIDS?  
( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder
- 76 - As campanhas sobre a AIDS foram suficientes para eu me prevenir contra o contato com o HIV? ( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder
- 77 – Você só lembrava da AIDS, quando escutava falar dela na televisão?  
( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder
- 78 – Você foi orientada sobre as medidas para evitar a AIDS, pelos profissionais de saúde?  
( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder
- 79 – Você só lembrava da AIDS, quando uma amiga te aconselhava a se prevenir contra ela? ( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder
- 80 – Você foi orientada sobre as medidas para evitar a AIDS, através de revista e folhetos: ( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder
- 81 - A preservação de sua saúde, para não pegar AIDS, dependeu unicamente dos cuidados que você deveria ter tido, para se prevenir contra essa doença:  
( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder

**APÊNDICE D****FORMULÁRIO 2 (MULHERES NÃO CONTAMINADAS)****I – FATORES MODIFICADORES***– Variáveis Demográficas*

1 – Idade - \_\_\_\_\_

2 - Escolaridade

2.1 ( ) analfabeta

2.3 ( ) fundamental incompleto

2.4 ( ) fundamental completo

2.5 ( ) médio incompleto

2.6 ( ) médio completo

2.7 ( ) superior

3 – Profissão/ocupação \_\_\_\_\_

4 -Renda Pessoal.

4.1 ( ) &lt; 1 salário mínimo

4.2 ( ) 1 a 3 salários mínimos

4.3 ( ) 3 a 5 salários mínimos

4.4 ( ) &gt; 5 salários mínimos

4.5 ( ) sem renda

5 - Religião

5.1 ( ) católica

5.2 ( ) evangélica

5.3 ( ) adventista

5.4 ( ) espírita

5.5 ( ) umbanda

5.6 ( ) sem religião

5.7 ( ) outros \_\_\_\_\_

6 – Estado Civil

6.1 ( ) solteira

6.2 ( ) casada/união consensual

6.3 ( ) viúva

6.4 ( ) separada judicialmente

6.5 ( ) divorciada

6.6 ( ) outros \_\_\_\_\_

7– Tempo de casada/ união consensual \_\_\_\_\_

8 - Número de Filhos \_\_\_\_\_

– *Variáveis Sociais***1 - Conhecimento das mulheres sobre HIV/AIDS**

- 9 - A AIDS é transmitida através do sangue? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei
- 10 - A AIDS é transmitida através do suor? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei
- 11 - A AIDS é transmitida através da saliva? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei
- 12 - A AIDS é transmitida através da gestação, parto e do leite materno?  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei
- 13 - A AIDS é transmitida através das lágrimas? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei
- 14 - A AIDS é transmitida através do esperma? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei
- 15 - A AIDS é transmitida através do aperto de mão? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei
- 16 - AIDS é transmitida através das secreções vaginais: ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei
- 17 - A mulher tem mais facilidade de contrair a AIDS do que o homem?  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei
- 18 - A mulher transmite o HIV ao homem nas relações sexuais?  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei
- 19 - Uma pessoa pode ser portadora do HIV, não manifestar seus sintomas e transmitir o vírus a seus parceiros sexuais? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei
- 20 - Homens que tem relações sexuais só com mulheres, sem usar camisinha, estão em risco de contrair o HIV nas relações sexuais? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei
- 21 - Homens que fazem sexo, tanto com mulheres, como com homens estão em risco de contrair o HIV nas relações sexuais? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei
- 22 - Homens que fazem sexo só com homens sem camisinha, estão em risco de contrair o HIV nas relações sexuais? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei
- 23 - As profissionais do sexo(prostitutas) estão em risco de contrair o HIV nas relações sexuais? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei
- 24- Não fazer sexo é um meio seguro para evitar o risco de contrair o HIV?  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei
- 25 - Evitar múltiplos parceiros reduz os riscos de infecção pelo HIV nas relações sexuais? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei

- 26 - Possuir um único parceiro numa relação fiel e monogâmica elimina os riscos de contrair o HIV nas relações sexuais? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei
- 27 - Usar camisinha em todas as relações sexuais isenta o indivíduo dos riscos de contrair o HIV? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei

**2 - Comportamento Sexual, Preventivo para a AIDS e contato com a doença.**

28 - Com que idade você iniciou sua atividade sexual \_\_\_\_\_

29 - Você possui parceiro fixo? ( ) Sim ( ) Não

30 - Quantos parceiros sexuais você teve aproximadamente?

- ( ) apenas um  
( ) de dois a quatro  
( ) de cinco a oito  
( ) mais de nove  
( ) não me lembro

31 - Você usa camisinha em suas relações sexuais:

- ( ) sempre ( ) as vezes ( ) nunca usei ( ) apenas para evitar gravidez

32 - Você conhece a camisinha feminina? ( ) Sim ( ) Não

33 - Caso afirmativo, você já a usou? ( ) Sim ( ) Não

34 - O que você acha da camisinha feminina?

---

---

---

35 - Você conhecia pessoa(s) com AIDS e mantinha relações sociais com elas antes de ser infectada pelo HIV? ( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder

**III – DADOS RELACIONADOS AS CRENÇAS CRENÇAS DAS MULHERES  
SOBRE A AIDS/HIV**

– *Susceptibilidade percebida – percepção das chances de contaminação pelo HIV*

36 - Sua saúde física não permitirá você contrair o HIV/AIDS?

- ( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder

37 - Você tem certeza como não pega o HIV, nas suas relações sexuais?

- ( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder

38 - Você admite a possibilidade de contrair o HIV, porém acha esse fato pouco provável?: ( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder

39 – Você julga que pode adquirir HIV/AIDS nos próximos anos:?

( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder

40 – Você se preocupa com o risco de contrair o vírus da HIV/ AIDS?

( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder

41 - Quando você faz sexo, você se preocupa se seu parceiro está contaminado?

( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder

42 - Quando você faz amor, você se lembra que a AIDS existe?

( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder

2 - *Severidade percebida – percepção das mulheres das conseqüências da AIDS em sua vida.*

43- A AIDS é uma doença grave? ( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder

44 - AIDS é uma doença que não tem cura? ( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder

45 - A AIDS é uma doença que mata muitas pessoas? ( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder

46 - Quando você pensa na AIDS, você sente medo?

( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder

47 - Se você vier a pegar AIDS a sua vida familiar ficará prejudica?

( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder

48 - Se você for contaminada pelo HIV, a sua relação amorosa sofrerá prejuízos?

( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder

49 – Você sente que a sua vida em grupo poderá mudar se você adquirir a AIDS?

( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder

50 - Se você vier a pegar AIDS, a sua situação financeira poderá ficar prejudicada?

( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder

51 –A AIDS poderá prejudicar suas atividades domésticas?

( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder

52 - Se você vier a adquirir AIDS, você será prejudicada no seu trabalho (emprego).

( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder

53 - Se você vier a pegar AIDS você será a culpada?

( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder

54 - Se você vier a pegar AIDS, o seu companheiro/esposo será o culpado?

( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder



55 - Se você vier a pegar AIDS a sua vida acabará?  
( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder

***- Percepção dos benefícios para a tomada de ações preventivas – eficácia das ações escolhidas na redução da ameaça ao contato com o HIV.***

56 - Você acredita que ter relação sexual com um único parceiro, você evita-se pegar AIDS? ( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder

57 - Você acredita que usar camisinha em todas as relações sexuais evita -se que a pessoa contraia o HIV? ( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder

58 - Você acredita que usar preservativos quando se faz sexo é cuidar da saúde?:  
( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder

59 - Você acredita que reduzindo o número de parceiros diminui as chances de adquirir o HIV? ( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder

60 - Você sabe onde adquirir preservativos gratuitos?  
( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder

61 - Você acredita que levar sempre preservativos consigo, no caso de decidir fazer sexo evitaria você se expor aos riscos de contrair HIV?  
( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder

***3 - Barreiras para a ação -Percepção das dificuldades de se prevenir à contaminação pelo vírus da AIDS -***

62 - O uso da camisinha reduz o prazer da mulher?  
( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder

63 - O uso da camisinha reduz o prazer do homem?  
( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder

64 - A camisinha faz quebrar o clima de emoção na relação sexual?  
( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder

65 - A camisinha deve ser usada pelas mulheres sem parceiro fixo?  
( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder

66 - O uso da camisinha deve ser dispensado, quando a mulher é casada ou possui parceiro fixo? ( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder

67- Você discute com seu parceiro sobre o uso da camisinha masculina?  
( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder

68- É constrangedor pedir ao parceiro que use camisinha?  
( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder

- 69 - Pedir para usar a camisinha pode causar raiva no seu companheiro?  
( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder
- 70 - Você tem medo de pedir a seu parceiro para usar a camisinha?  
( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder
- 71 - Pedir para usar camisinha pode causar desconfiança no seu companheiro?  
( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder
- 72 - A mulher que pede o uso da camisinha admite que poderá estar sendo traída ou está traindo? ( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder
- 73 - O homem é quem decide se deve ou não usar a camisinha masculina?  
( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder
- 74 - Usar camisinha nas relações sexuais requer um novo hábito que não é fácil de adotar? ( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder

### III - ESTÍMULOS PARA A AÇÃO

75. - As campanhas sobre a AIDS te ajudaram a conhecer a AIDS?  
( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder
- 76 - As campanhas sobre a AIDS são suficientes para a pessoa se prevenir contra o contato com o HIV? ( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder
- 77 - Você só lembra da AIDS, quando você escuta na televisão?  
( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder
- 78 - Você foi orientada sobre as medidas para evitar a AIDS, pelos profissionais de saúde: ( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder
- 79 - Só me lembro da AIDS, quando uma amiga te aconselha a se prevenir contra ela:  
( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder
- 80 - Você foi orientada sobre as medidas para evitar a AIDS, através de revistas e folhetos: ( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder
- 81 - A preservação de sua saúde, para não pegar AIDS, depende unicamente dos cuidados que você tem, para prevenir essa doença?  
( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder
- 83 - Você conhece pessoa(s) com AIDS e mantém relações sociais com elas:  
( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe responder

**ANEXO**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

**IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO**

**Processo número:** 153

**Título do Projeto:** HIV/AIDS: Comportamento Preventivo em Mulheres

**Pesquisador Responsável:** Maria Júlia Guimarães Oliveira Soares

**Pesquisador(es) Membro(s):** Telma Ribeiro Garcia

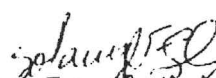
**Curso de Origem:** Enfermagem

**Relator:** Maria Eliane de Araújo Moreira

**PARECER**

Com base na Resolução 196/96 do CNS/MS que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba, em sua sessão realizada em 20/04/02, após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa acima especificado.

João Pessoa, 25 de abril de 2002

  
Prof. Telma Ribeiro Garcia  
Coordenadora do CER/MULV-UFPA