

SUMÁRIO – CONTENTS

EDITORIAL

DST - EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	99
------------------------------	----

Valdir M Pinto & Denis Ribeiro

ARTIGOS / ARTICLES

PERCEÇÃO DE VULNERABILIDADE FEMININA AO VÍRUS DA AIDS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	101
---	-----

PERCEPTION OF FEMININE VULNERABILITY TO THE VIRUS OF AIDS IN THE FAMILY STRATEGY HEALTH

Wendell S Carneiro, Jailson Alberto Rodrigues, Micheline R Felix, Ana Célia R Athayde, Katiúscia MS Lôbo, Vinícius LR Vilela

PERCEÇÃO DE PACIENTES HIV POSITIVOS DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA EM RELAÇÃO A TRATAMENTOS DE SAÚDE.....	107
---	-----

PERCEPTION OF HIV-POSITIVE PATIENTS FROM A REFERRAL CENTER FOR HEALTH CARE

Cléa AS Garbin, Ronald Jefferson Martins, Artênio José Í Garbin, Daniela C de Lima, Annelise Katrine C Prieto

O ACONSELHAMENTO PARA REALIZAÇÃO DA SOROLOGIA ANTI-HIV EM GESTANTES.....	111
--	-----

COUNSELING FOR THE REALIZATION OF ANTI-HIV SEROLOGY AMONG PREGNANT WOMEN

Fátima Regina AL Neves & Elucir Gir

MULHERES MONOGÂMICAS E SUAS PERCEPÇÕES QUANTO À VULNERABILIDADE À DST/HIV/AIDS.....	118
---	-----

MONOGAMIC WOMEN AND THEIR PERCEPTIONS ABOUT THEIR VULNERABILITY TO DST/HIV/AIDS

Tatiane G Guedes, Escolástica Rejane F Moura, Andressa N de Paula, Nancy C de Oliveira, Rebeca PR Vieira

EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE DST/AIDS COM ADOLESCENTES DE UMA ESCOLA PÚBLICA, UTILIZANDO A TECNOLOGIA EDUCACIONAL COMO INSTRUMENTO.....	124
--	-----

EDUCATION IN HEALTH ON DST/AIDS WITH ADOLESCENTS OF A PUBLIC SCHOOL, USING THE EDUCATIONAL TECHNOLOGY AS INSTRUMENT

Valesca Mara de B Camilo, Francisca Lidiane S Freitas, Valéria M Cunha, Renata Kelly S de Castro, Maria do Socorro M Sherlock, Patrícia NC Pinheiro, Neiva Francenely C Vieira

CUIDADORAS INFORMAIS: REPRESENTAÇÕES SOBRE O CUIDADO DE FILHOS ADULTOS, SOROPOSITIVOS AO HIV.....	129
---	-----

INFORMAL CAREGIVERS: CONCEPTIONS ABOUT THE HIV- SEROPOSITIVE ADULT CHILDREN CARE

Marina Simões F Ferreira, Marco Antonio de C Figueiredo, Lícia B de Souza

ANOS POTENCIAIS DE VIDA PERDIDOS (APVP) POR AIDS: PERNAMBUCO, 1996 E 2005.....	136
--	-----

YEARS OF POTENTIAL LIFE LOST (YPLL) BY AIDS: PERNAMBUCO, 1996 AND 2005

Romualdo M de Lucena, Jailson L de Sousa

PROSTITUIÇÃO X DST/AIDS: UM ESTUDO DESCRITIVO COM PERSPECTIVA DE PRÁTICAS DE PREVENÇÃO.....	143
---	-----

PROSTITUTION X STD/AIDS: A DESCRIPTIVE STUDY WITH PERSPECTIVE ON PRACTICES OF PREVENTION

Ana Débora A Moura, Guldemar G de Lima, Leiliane M Farias, Aline R Feitoza, Maria Grasiela T Barroso

INFORME TÉCNICO

NORMAS DE PUBLICAÇÃO - INSTRUÇÕES AOS AUTORES.....	149
--	-----



**ÓRGÃO OFICIAL DA SOCIEDADE
BRASILEIRA DE DOENÇAS SEXUALMENTE
TRANSMISSÍVEIS**

Av. Roberto Silveira, 123 - Niterói - RJ - Brasil
CEP 24230-150 - Tel.: (21) 2710-1549

www.dstbrasil.org.br

DIRETORIA SBDST (2008-10)

Presidente:

Rosane Ribeiro Figueiredo Alves - Goiás (SBDST-GO)

Vice-Presidente:

Mariângela Silveira - Rio Grande do Sul (SBDST-RS)

1º Secretário:

Geraldo Duarte - São Paulo (SBDST-SP)

2º Secretário:

Angelica Espinosa - Espírito Santo (SBDST-ES)

1º Tesoureiro:

Wilzenir Sandes Barbosa - Goiás (SBDST-GO)

2º Tesoureiro:

Elizabete Onaga - São Paulo (SBDST-SP)

Diretor Científico:

Paulo Giraldo - São Paulo (SBDST-SP)

Conselho Fiscal:

Maria Luiza Bezerra Menezes - Pernambuco (SBDST-PE)

Mauro Romero Leal Passos - Rio de Janeiro (SBDST-RJ)

Newton Sergio de Carvalho - Paraná (SBDST-PR)

REGIONAL ALAGOAS

Presidente: Cledna Bezerra de Melo

REGIONAL AMAZONAS

Presidente: João Catarino Dutra Júnior

REGIONAL BAHIA

Presidente: Roberto Dias Fontes

REGIONAL CEARÁ

Presidente: Ivo Castelo Branco Coêlho

REGIONAL DISTRITO FEDERAL

Presidente: Maria Josenilda G. Silva (DF)

REGIONAL ESPÍRITO SANTO

Presidente: Lúcia Helena M. Lima (ES)

REGIONAL GOIÁS

Presidente: Rosane Figueiredo Alves

REGIONAL PARÁ

Presidente: Jorge Vaz

REGIONAL PARANÁ

Presidente: Newton Sergio de Carvalho

REGIONAL PERNAMBUCO

Presidente: Carlos Alberto Sá Marques

REGIONAL RIO DE JANEIRO

Presidente: Mauro Romero Leal Passos

REGIONAL RIO GRANDE DO NORTE

Presidente: Jair Maciel de Figueiredo

REGIONAL RIO GRANDE DO SUL

Presidente: Mariângela Silveira

REGIONAL RONDÔNIA

Presidente: Alberto Saraiva Tibúrcio

REGIONAL SÃO PAULO

Presidente: Iara M. Linhares



**ÓRGÃO OFICIAL DA ASSOCIAÇÃO LATINO-AMERICANA E
CARIBENHA PARA O CONTROLE DAS DST**

Presidente: Adele Schwartz Benzaken (Brasil)

1º Vice-Presidente: Enrique G. Garcia (Cuba)

2º Vice-Presidente: Alicia Farinati (Argentina)

3º Vice-Presidente: Anibal H. Pinochet (Chile)

4º Vice-Presidente: Mauro Cunha Ramos (Brasil)

1º Secretário: Mauro Romero Leal Passos (Brasil)

2º Secretário: Freddy T. Guzman (Bolívia)

1º Tesoureiro: José Carlos G. Sardinha (Brasil)

2º Tesoureiro: Miguel Tilli (Argentina)

Diretor Científico: Paulo César Giraldo (Brasil)

Diretor Científico Adjunto: Newton Carvalho (Brasil)

Diretor Científico Adjunto: Patricia J. Garcia (Peru)

Conselho Fiscal: Maria Luiza Bezerra Menezes (Brasil)

Renata de Queiroz Varella (Brasil)

Vandira Maria dos S. Pinheiro (Brasil)



JBDST é o órgão oficial para a
América Latina da União
Internacional Contra as
Infecções de Transmissão Sexual (IUSTI)

Presidente:

James Bingham

Secretário Geral:

Ron Ballard

Fillado da
Associação Brasileira
de Editores Científicos



CONSELHO EDITORIAL

Editor-Chefe:

Mauro Romero Leal Passos (RJ)

Editores:

Paulo César Giraldo (SP)

Rosane Figueiredo Alves (GO)

Comissão Editorial:

Adele Schwartz Benzaken (AM)

Geraldo Duarte (SP)

Gesmar Volga Haddad Herdy (RJ)

Gutemberg Leão de Almeida Filho (RJ)

Iara Moreno Linhares (SP)

Ledy do Horto dos Santos Oliveira (RJ)

Ivo Castelo Branco Coêlho (CE)

Maria Luiza Bezerra Menezes (PE)

Mauro Cunha Ramos (RS)

Newton Sérgio de Carvalho (PR)

Tomaz Barbosa Isolan (RS)

Vandira Maria dos Santos Pinheiro (RJ)

Walter Tavares (RJ)

Comissão Editorial Internacional:

Alicia Farinati (Argentina)

Enrique Galbán García (Cuba)

Peter Piot (UNAIDS-Suíça)

Rui Bastos (Moçambique)

Steven Witkin (EUA)

Assistentes de Edição:

Felipe Dinau (RJ)

Mariana Dinau (RJ)

Thais Martins (RJ)

Priscilla Madureira (RJ)

Secretaria:

Dayse Felício (RJ)

Editoração e Copydesk:

Priscila Vieira Cardoso (RJ)

Milton Pereira (RJ)

ÓRGÃO OFICIAL DO SETOR
DE DOENÇAS SEXUALMENTE
TRANSMISSÍVEIS



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
CCM / CMB / MIP
SETOR DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Outeiro de S. João Batista, s/nº

Campus do Valonguinho - Centro

Niterói - RJ - 24210-150 - Brasil

Tel.: 55 (21) 2629-2495 - 2629-2494

Fax: 55 (21) 2629-2507

E-mail: dst@vm.uff.br

www.uff.br/dst

Reitor da UFF:

Roberto de Souza Salles

Vice-Reitor:

Emmanuel Paiva de Andrade

Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação

Antonio Claudio Lucas da Nóbrega

Chefe do Setor de DST

Mauro Romero Leal Passos



Editora da Universidade Federal Fluminense

<http://www.editora.uff.br>

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Ministro

José Gomes Temporão

PROGRAMA NACIONAL

DE DST E AIDS

Mariângela Batista Galvão Simão

As matérias assinadas e publicadas no
DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente

Transmissíveis são de

responsabilidade exclusiva de seus

respectivos autores, não refletindo

necessariamente a opinião dos editores.

Direcionamento e Distribuição:

DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis é direcionado aos sócios da SBDST, assinantes, bibliotecas, centros de referência, ginecologistas, urologistas, infectologistas, dermatologistas, clínicos, programas saúde da família e entidades com convênio. É trimestral, com tiragem de 3.000 exemplares.

Pode-se permuta - Exchange requested

On prie l'échange - Se solicita ei cazje

Mau bitet nu Austausch - Si prega lo escambo

INDEXADA: LILACS EXPRESS

Literatura Latino-Americana

em Ciências da Saúde,

Library of the Congress - WC - 140

É proibida a reprodução total ou parcial
do JBDST sem a expressa autorização do editor.

PERCEPÇÃO DE VULNERABILIDADE FEMININA AO VÍRUS DA AIDS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

PERCEPTION OF FEMININE VULNERABILITY TO THE VIRUS OF AIDS IN THE FAMILY STRATEGY HEALTH

*Wendell S Carneiro¹, Jailson Alberto Rodrigues¹, Micheline R Felix², Ana Célia R Athayde³,
Katuscia MS Lôbo⁴, Vinícius LR Vilela⁵*

RESUMO

Introdução: a partir da década de 1990, o perfil da doença mudou. A principal via de transmissão passou a ser a heterossexual, o que provocou um aumento significativo do número de casos da doença em mulheres. **Objetivos:** diante da diversidade de fatores que envolvem o tema HIV/aids, surgiu a necessidade da realização de um estudo sobre a percepção das mulheres sobre sua vulnerabilidade ao vírus, para identificar tabus e mitos envolvidos na maneira com que a doença é representada na sociedade. **Métodos:** para isso, fez-se um estudo quantitativo em unidade de saúde da família (USF) do município de Campina Grande – PB, com amostra de 35 mulheres de vida sexual ativa. **Resultados:** oitenta por cento dessas mulheres são casadas; 17,1% solteiras e 2,9% separadas; 37,1% têm 12 ou mais anos completos de estudo; 31,4%, 5 a 8 anos de estudo; 22,9%, de 9 a 11 anos de estudo e 8,6%, de 0 a 4 anos de estudo; 57,1% não praticam religião; 65,7% não usaram preservativo na última relação; 37,2% consideraram impossível adquirir o HIV/aids; 25,7% consideraram quase impossível; 20% consideraram pouco possível e 17,1% das mulheres consideraram possível. **Conclusão:** as entrevistadas não têm boa percepção de sua vulnerabilidade ao HIV/aids, além disso, o uso de preservativo ainda não é prática usual, mesmo nas que frequentam os serviços de saúde.

Palavras-chave: HIV, preservativo, DST

ABSTRACT

Introduction: starting from the decade of 1990, the profile of aids changed. The main transmission way started to be the heterosexual, which provoked a significant increase in the number of cases of the disease in women. **Objective:** before the diversity of factors that involves the subject HIV/aids, appeared the necessity of the realization of a study about the perception of the women about their vulnerability to the virus, to identify taboos and myths involved in the way of disease to be represented in the society. **Methods:** for that, a quantitative study was done in unity of health of the family (USF) of the local authority of Campina Grande – PB, with sample of 35 women of active sex life. **Results:** 80% of this women are married; 17,1% are single women and 2,9% are divorced; 37,1% have twelve or more complete years of study; 31,4% five to eight years of study; 22,9% from nine to eleven years of study and 8,6% from zero to four years of study; 57,1% do not practice religion; 65,7% did not use condom in it last intercourse; 37,2% considered impossible to acquire the HIV/aids; 25,7% considered almost impossible; 20% considered improbable and 17,1% of the women considered possibly. **Conclusion:** the interviewed do not have a good perception of their vulnerability to the HIV/aids, besides, the use of condom still is not a usual practice, even in women that frequent the services of health.

Keywords: HIV, condom, STD

INTRODUÇÃO

A epidemia da síndrome da imunodeficiência adquirida, aids, teve início nos anos 1980 acometendo pessoas que tinham em comum o fato de serem jovens, a maioria homens homo e bissexuais. Pouco tempo depois foram identificados casos entre usuários de drogas endovenosas, hemofílicos, parceiros heterossexuais de portadores do HIV e crianças filhas de mulheres com vida sexual promíscua ou usuárias de drogas¹. Tais aspectos levaram a se acreditar que a infecção pelo HIV seria restrita a grupos com comportamentos de risco definidos, desta forma as mulheres não usuárias de drogas e com parceiro único não se consideravam vulneráveis à doença, pois não se enquadravam no que se denominava anteriormente de “grupos de risco”. Essa determinação produziu isolamento e discriminação dos doentes, pois a doença era associada a comportamentos desviantes, ou seja, não aceitos como normais pela sociedade.

A partir da década de 1990 o perfil da doença mudou. A principal via de transmissão passou a ser a heterossexual, o que provocou um aumento significativo do número de casos da doença em mulheres. A razão homem/mulher de infectados, que era de 28:1 em 1985, passou para 2:1 em 2002². De acordo com o relatório anual do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids, existem no mundo aproximadamente 40 milhões de pessoas vivendo com a infecção. A África Subsaariana é a região mais afetada, com aproximadamente 2/3 do total mundial (25,4 milhões de pessoas com o HIV), desse número, 3/4 são do sexo feminino.

As desigualdades de gêneros existentes, mais comumente nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, desempenham um fator a mais na determinação da vulnerabilidade feminina. As mulheres são tratadas desigualmente em termos políticos, culturais e socioeconômicos, compreendendo a não observância dos direitos fundamentais, relações desiguais de poder e acesso diferenciado a bens materiais e simbólicos, e têm lugar tanto no âmbito das famílias e parcerias, quanto da sociedade ou das culturas nacionais e supranacionais, organizadas em sistemas de crenças e códigos de valores³.

No Brasil, já foram notificados 433.067 casos de aids até junho de 2006⁴. Considerando ainda atrasos de notificações, a taxa de incidência de 2003 foi elevada para 20,7/100.000 habitantes, sendo 25,4 em homens e 16,1 em mulheres⁵.

¹ Alunos do curso de Bacharelado em Enfermagem - Faculdades Integradas de Patos – FIP.

² Aluna do curso de Especialização em Saúde da Família – FIP.

³ Professora-adjunta da Unidade Acadêmica de Ciências Biológicas/CSTR da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG.

⁴ Aluna do Mestrado de Zootecnia da UFCG, campus de Patos – PB, bolsista do CNPq.

⁵ Aluno do Curso de Medicina Veterinária – UFCG.

As mulheres são mais vulneráveis à infecção pelo HIV do que os homens, do ponto de vista biológico, pois a superfície vaginal exposta é relativamente extensa e o sêmen apresenta maior concentração do vírus do que a secreção vaginal. O papel atribuído a elas na sociedade, de mãe, esposa e cuidadora, assim como suas relações de submissão e dependência econômica dos parceiros dificultam o acesso a informações adequadas sobre a doença, suas formas de contágio e medidas de prevenção, aumentando ainda mais a sua vulnerabilidade⁶.

Em muitos setores que dão atenção à saúde, as mulheres são tratadas como se não tivessem sexo e sexualidade, não havendo espaço para a abordagem de problemas concretos, muitas vezes vivenciados por elas como sexo fora do casamento, DST, gravidez indesejada, drogas e aids. Ao longo desses anos, percebe-se que as ações propostas para o enfrentamento da epidemia em mulheres se deparam com o desafio de articular a prevenção e a assistência, no sentido de gerar autonomia sexual e reprodutiva, ao mesmo tempo em que se necessita agregar à discussão feminista, uma crítica social mais ampla⁷.

Estudo referente ao comportamento sexual dos brasileiros apontou que as relações estáveis são mais frequentes entre as mulheres do que entre os homens; porém, em contrapartida, aquelas também são as que menos usam o preservativo. Além disso, de acordo com o referido estudo, a mulher inicia sua vida sexual mais precocemente e de maneira mais fiel do que o homem⁸.

OBJETIVO

Diante da diversidade de fatores que envolvem o tema HIV/aids; da representação mundial dessa epidemia e da maneira como a doença está espalhando-se entre as mulheres, especialmente entre aquelas que “não apresentam comportamentos de risco”, surgiu a necessidade de um estudo sobre a percepção que as mesmas têm de sua vulnerabilidade ao vírus, com o intuito de identificar os tabus e mitos que estão envolvidos na maneira como a doença está representada na sociedade.

MÉTODOS

Tipo e local de estudo

O presente estudo é de caráter exploratório descritivo que, segundo Richardson R.⁹, “tem por finalidade principal conhecer as características de um determinado fenômeno para procurar, posteriormente, explicações das causas e consequências do mesmo”. Foi utilizada para isso uma abordagem quantitativa. O mesmo realizou-se na Unidade de Saúde da Família do Cinza, implantada em 2001, sendo responsável por 480 famílias. A equipe é composta por quatro agentes comunitários de saúde, um auxiliar de enfermagem, uma enfermeira, uma médica, uma recepcionista, uma auxiliar de serviços gerais e dois vigilantes. A Unidade de Saúde está localizada no bairro do Cinza, zona urbana do município de Campina Grande – PB.

O município de Campina Grande encontra-se situado no Brejo Paraibano, no Planalto da Borborema, tem uma população estimada em 376.132 habitantes¹⁰, sendo considerado a segunda cidade mais populosa do Estado da Paraíba. Sua área territorial é de 621 km² e está localizado a 120 km da capital do estado, João Pessoa. É

considerado um dos principais polos industriais e tecnológicos da Região Nordeste do Brasil. As áreas de maior destaque da cidade são: informática, serviços de saúde e educação, e além do comércio e da indústria de calçados e têxtil, sedia empresas de porte nacional e internacional.

Universo e amostra

O universo constituiu-se de todas as mulheres em idade fértil cadastradas na USF do Cinza, sendo a amostra constituída de 35 mulheres entre 15 e 49 anos de idade, que estão no auge de sua vida sexual, produtiva e reprodutiva, escolhidas de forma aleatória, que voluntariamente desejaram participar da pesquisa.

Instrumento de coleta de dados

Os dados foram coletados através de questionário no qual estão contidas questões relacionadas às condições sociais, econômicas, culturais, assim como investigação sobre os comportamentos de risco e a percepção das mulheres sobre sua vulnerabilidade ao vírus HIV.

O processamento dos dados

Os dados foram coletados, compilados e analisados quantitativamente, computados e apresentados através de tabelas e figuras, utilizando, para análise, a estatística descritiva. Para melhor visualização dos mesmos, recorreu-se a ilustrações compostas por tabelas e/ou figuras utilizando o *microsoft excel*.

Procedimento ético

Por se tratar de pesquisa com seres humanos, foram explicados aos sujeitos da pesquisa os objetivos do estudo e sua metodologia, além de garantir aos mesmos o sigilo sobre sua identidade e o direito de desistência de sua participação em qualquer fase da pesquisa, conforme a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil. Tendo-se visto isso, o trabalho foi enviado ao comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande, *campus* de Patos – PB, para apreciação de sua viabilidade ética. Sendo aprovado em reunião extraordinária, recebeu número de protocolo para realização da pesquisa (103/2009) e posteriormente efetuaram-se a coleta dos dados e os demais procedimentos de realização do estudo.

RESULTADOS

Os resultados obtidos são apresentados através de tabela e gráficos, a partir do cálculo de valores absolutos e relativos, seguidos de análise crítica. Os dados foram analisados em três momentos: primeiro foram apresentadas tabelas contendo as características socioeconômicas das mulheres entrevistadas; em segundo, os comportamentos de risco relatados pelas mesmas; e, em terceiro, algumas correlações entre tais comportamentos e a percepção de risco por elas referida.

Dados socioeconômicos

Observou-se que, das 35 mulheres entrevistadas, 11,4% apresentam idade entre 10 a 19 anos; 17,1%, idade entre 20 a 24 anos; 28,6% estão com a faixa etária entre 25 a 29 anos; 5,7%, entre 30

a 34 anos; seguidas de 22,9% com idade entre 35 a 39 anos; 8,6% com idade entre 40 a 44 anos; e 5,7% com idade entre 45 a 49 anos.

Quanto à etnicidade, a frequência de mulheres brancas foi de 31,4% das entrevistadas, e de mulheres pardas e negras, 68,6%, mostrando uma maior prevalência de mulheres de pele escura. A população negra tem uma posição desfavorável do ponto de vista socioeconômico, pois estudos mostram que existe uma grande diferença entre as remunerações médias de chefes de família negros e brancos com escolaridade equivalente³. Segundo o autor, há evidências de que a população negra brasileira está mais vulnerável à disseminação do HIV/aids, pois está sujeita às consequências adversas da falta de estrutura, presentes nas comunidades mais pobres e faveladas, determinando uma maior exposição à oferta de drogas ilícitas, entre outras, bem como a dificuldade de acesso a serviços de saúde que enfoquem a prevenção de maneira adequada.

Viu-se, ainda, que 80% das participantes do estudo são casadas ou têm companheiro; 17,1% são solteiras; e 2,9% são divorciadas ou separadas. Estudos relatam que as mulheres que mantêm relacionamentos estáveis, ou seja, com um único parceiro, não costumam usar preservativos nas relações sexuais, pois essas relações são sustentadas por valores como confiança, fidelidade e respeito mútuos, o que torna, para elas, desnecessária a proteção contra doenças, permanecendo apenas a preocupação contraceptiva e, conseqüentemente, aumentando sua vulnerabilidade¹¹.

Distribuindo-se a amostra em percentual quanto à renda familiar em salários mínimos, detectou-se o seguinte fenômeno: 42,8% das participantes têm uma renda familiar entre um e dois salários mínimos; 28,6% vivem com uma renda familiar acima de dois salários mínimos; 20% têm uma renda familiar entre meio e um salário mínimo; e 8,6% vivem com uma renda familiar de zero a meio salário mínimo.

Esses dados sugerem uma predominância de renda familiar entre um e dois ou mais salários mínimos, denotando condições socioeconômicas que não atendem às necessidades básicas de vida. De acordo com o manual de política de atenção integral à saúde da mulher (2204), as populações expostas a precárias condições de vida estão mais vulneráveis às doenças e vivem menos. O relatório sobre a situação da população mundial (2002) demonstra que o número de mulheres que vivem em situação de pobreza é superior ao de homens, que as mulheres trabalham mais horas do que os homens e que, pelo menos, metade do seu tempo é gasto em atividades não remuneradas, o que diminui o seu acesso aos bens sociais, inclusive aos serviços de saúde.

Constatou-se que 62,8% das mulheres entrevistadas não possuem nenhuma renda; 20% têm uma renda inferior a um salário mínimo; 14,3% possuem uma renda entre um e três salários mínimos; e 2,9% possuem uma renda superior a três salários mínimos. Pode-se observar na tabela que há uma predominância de mulheres que não dispõem de nenhuma renda mensal, sugerindo uma situação de dependência financeira de programas sociais. Observa-se também que existe um maior percentual de mulheres que percebem uma renda de menos de um salário mínimo, retratando a precariedade do trabalho feminino. Segundo a síntese dos Indicadores Sociais de 2004, do IBGE, no Brasil as mulheres recebem menos que os homens em todos os níveis de escolaridade. Cerca de 32% da população masculina ocupada ganhava até um salário mínimo, e para a população feminina essa proporção era de 49%.

Observou-se que 37,1% das mulheres têm 12 ou mais anos completos de estudo; 31,4% têm de 5 a 8 anos completos de estudo; 22,9% das mulheres têm de 9 a 11 anos completos de estudo; e 8,6% deles têm de zero a quatro anos completos de estudo. Segundo o Manual de Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004), a baixa escolaridade e classe social são inversamente proporcionais à possibilidade de negociação com o parceiro sobre o uso de preservativos. Porém, mesmo com maior poder aquisitivo, grau de instrução e independência financeira, a mulher ainda tem pouco espaço de negociação nas relações. Por outro lado, ela percebe-se menos exposta ao risco. Portanto, o fato de ter predominado, na pesquisa, um maior número de mulheres com mais de 12 anos de estudo não sugere melhor nível de informação sobre a doença entre tais mulheres.

Em relação à prática religiosa, notou-se que 57,1% das mulheres entrevistadas não praticam religião e 42,9% das mulheres praticam algum tipo de religião. A fé irrestrita em Deus é um dos pilares que viabiliza a crença de proteção contra doenças como a aids, pois a ligação com o sagrado sempre trouxe conforto e esperança em situações de enfermidade, sobretudo para populações menos abastadas economicamente. Os autores afirmam que condições de doenças, muitas vezes, são percebidas como frutos de aprendizado a partir de castigos de Deus¹².

Das entrevistadas, 82,9% não possuíam plano de saúde; 17,1% relataram possuir plano de saúde; 80% das mulheres entrevistadas procuram o serviço de saúde e 20% das mulheres não costumam procurá-los. De 80% das mulheres que procuram o serviço, 67,9% o fazem numa frequência de zero a cinco vezes por ano; e 32,1% procuram o serviço mais de cinco vezes por ano.

Em uma pesquisa realizada com mulheres residentes em São Leopoldo – RS, constatou-se que 69,7% das mulheres entrevistadas haviam realizado consulta médica no ano anterior à pesquisa. O mesmo estudo apontou uma média de 4,5 consultas médicas por ano, realizadas pelas mulheres.

Dados relacionados aos comportamentos de risco para o HIV/aids

A **Tabela 1** mostra que a maior parte (51,4%) das mulheres entrevistadas iniciou as relações sexuais com 18 anos de idade ou mais e, com relação ao número de parceiros nos últimos 3 meses, observa-se que 97,1% das entrevistadas tiveram de zero a um parceiro. A tabela mostra ainda o percentual de mulheres entrevistadas não usuárias do preservativo na última relação sexual, além da relação ao uso de álcool ou drogas antes da mesma, tanto por ela quanto pelo seu parceiro.

Em uma pesquisa realizada em Pelotas – RS, constatou-se que 47% das mulheres já mantinham relações sexuais antes dos 18 anos de idade, indicando alto índice de início precoce da vida sexual. As mulheres mais jovens estão mais vulneráveis às doenças sexualmente transmissíveis – DST, devido à imaturidade do aparelho genital³. A mesma pesquisa relatou um percentual de 28% de uso de preservativo na última relação sexual. Em uma pesquisa foi constatado o uso de preservativos por 29,1% das mulheres entrevistadas, sendo que 12% referiram o uso de preservativo como método contraceptivo, 17,1% referiram o uso como prevenção nas relações sexuais¹³.

Tabela 1 – Frequência dos comportamentos de risco para a infecção por HIV/aids.

Variável	Frequência	%
<i>Idade do início das relações sexuais</i>		
Menos de 18 anos de idade	17	48,6
18 anos ou mais	18	51,4
<i>Número de parceiros nos últimos 3 meses</i>		
0 – 1	34	97,1
2 ou mais	01	2,9
<i>Uso de preservativo na última relação sexual</i>		
Sim	12	34,3
Não	23	65,7
<i>Prática de sexo anal na última relação sexual</i>		
Sim	02	5,7
Não	33	94,3
<i>Uso de droga ou álcool pela mulher na última relação sexual</i>		
Sim	02	5,7
Não	33	94,3
<i>Uso de droga ou álcool pelo parceiro na última relação sexual</i>		
Sim	10	28,6
Não	25	71,4

Fonte: Pesquisa direta, UBSF – Cinza – Campina Grande/PB, 2006.

Com relação ao número de parceiros nos últimos 3 meses, houve uma predominância de mulheres casadas ou com parceiros estáveis. Realizou-se uma pesquisa com mulheres em que se evidenciou que as mesmas identificam o casamento como uma barreira para as DST, pois entendem estas doenças como próprias de “mulheres da vida”, sendo dessa forma pouco provável que as atinjam, mesmo reconhecendo que o parceiro pode ter relação com essas mulheres¹².

A prática de sexo anal na última relação sexual foi constatada em 2,8% das mulheres entrevistadas⁶. Em algumas literaturas, essas prevalências variam 7% quando investigado o último ano, 7% quando da última relação (adolescentes escolares)⁶. Outros estudos utilizaram métodos distintos (questionário autoaplicado, entrevista por telefone) sendo que a natureza da pergunta, que entra na intimidade do entrevistado, pode levar a muitas respostas falso-negativas.

A mesma pesquisa apontou o uso de álcool ou droga na última relação sexual pela mulher em 6,9% das entrevistadas; e 13,5% das mulheres relataram que o parceiro usou álcool ou drogas na última relação.

Autopercepção de vulnerabilidade das mulheres em relação ao HIV/aids

Quanto à autopercepção de vulnerabilidade ao HIV/aids, 37,2% das mulheres entrevistadas consideraram impossível adquirir o HIV/aids; 25,7% das mulheres consideraram quase impossível adquirir o HIV/aids; 20% consideraram pouco possível adquirir o HIV/aids e 17,1% das mulheres consideraram possível. Em contrapartida, na percepção de vulnerabilidade para DST/aids, 40% consideraram impossível adquirir a doença, 24% consideraram quase impossível, 18% classificaram a contaminação como pouco possível, 4% consideraram muito possível e 14% consideraram possível⁶.

DST - J bras Doenças Sex Transm 2009; 21(3): 101-106

As mulheres entrevistadas não percebiam o risco de contrair o HIV, por não se considerarem vulneráveis ao vírus ou por faltarem informações, e não adotaram comportamentos que as protegessem da contaminação¹⁴. A baixa consciência sobre sua vulnerabilidade não se deve apenas à desinformação, pois a maioria das mulheres vive em condições de dependência econômica e submissão ao parceiro, o que diminui ou abole o seu poder de negociação do uso de preservativos nas relações sexuais, mesmo naquelas que têm acesso à informação¹⁴.

Apesar de o perfil epidemiológico atual da aids apontar o elevado número de casos entre mulheres que possuem parceria sexual estável, observa-se que existe uma imunidade ideológica contra a doença, como forma de justificar a não adoção de estratégias preventivas⁷. Constatou-se na literatura, ainda, que as mulheres profissionais de saúde, embora possuidoras de conhecimento sobre o tema, ainda apresentam dificuldade para discutir a sexualidade e as práticas sexuais que gostariam de vivenciar⁷.

A **Figura 1** mostra a percepção de risco de infecção pelo HIV das mulheres que procuram o serviço de saúde. Percebe-se que 39,3% consideraram impossível contrair aids; 21,4%, quase impossível; 21,4%, possível; e 17,9%, pouco possível.

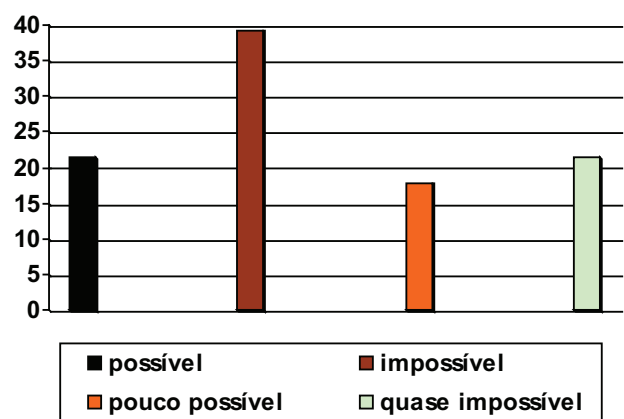


Figura 1 – Distribuição em percentual das mulheres que procuram o serviço de saúde quanto à autopercepção de vulnerabilidade ao HIV/aids. Fonte: Pesquisa direta, UBSF – Cinza – Campina Grande, 2006.

Os dados apresentados na figura anterior mostraram que a frequência ao Serviço de Saúde pelas mulheres não melhorou a percepção de sua vulnerabilidade ao vírus, ao contrário do que era esperado, pois se supõe que as pessoas que têm acesso aos serviços de saúde são dotadas de um mínimo de informações sobre as doenças, inclusive a aids. Esse resultado sugere o despreparo dos profissionais de saúde para lidar com o tema DST/aids, pois, ao abordá-lo, é necessário falar de sexualidade, da dicotomia existente nas relações de gênero e de como as práticas sexuais se expressam nesse universo, tornando-se difícil para os profissionais entrar na intimidade dessas mulheres, pois os tabus relacionados à sexualidade estão presentes também na vida dos mesmos. A valorização da mulher como reprodutora reflete-se também nos serviços de assistência à saúde, que voltam suas ações basicamente para o processo gravídico-puerperal.

A **Figura 2** mostra que, do percentual da amostra que procura o serviço de saúde (80%), 60,7% não usaram preservativo na última relação sexual e 39,3% delas usaram preservativo na última relação.

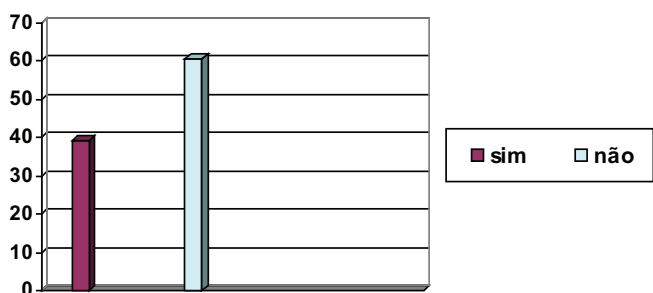


Figura 2 – Distribuição em percentual das mulheres que procuram o serviço de saúde quanto ao uso de preservativo na última relação sexual. Fonte: Pesquisa direta, UBSF – Cinza – Campina Grande, 2006.

O não reconhecimento do risco de contrair uma DST pode ser um fator que justifique a não adoção de método de prevenção contra essas doenças. Outro fator pode ser a confiança no parceiro fixo, pois alguns estudos demonstraram que o poder de negociação do preservativo na relação sexual é maior quando não existe uma relação estável. As mulheres vivendo em união estável têm sido colocadas em situação de vulnerabilidade à aids em decorrência de seu comportamento desprotegido, creditando confiança em seus parceiros¹³.

Os referidos autores realizaram uma pesquisa sobre o uso de preservativos por mulheres, na qual constataram que o aumento no número de consultas médicas não evidenciou qualquer influência dos serviços de saúde determinando a utilização de preservativos pelas mulheres. Constatou-se também que 12% das mulheres usavam o preservativo como método contraceptivo. Outros estudos sobre o planejamento familiar no Brasil apontaram uma baixa prevalência do uso do preservativo como método anticoncepcional, constatando a dificuldade de negociação do seu uso, mesmo nas pessoas que frequentam os serviços de saúde.

Na percepção de vulnerabilidade ao HIV/aids em mulheres com um nível de escolaridade de 12 anos completos averiguou-se que 30,8% delas consideraram quase impossível ou pouco possível adquirir a doença; 23,1% consideraram possível; e 15,3% consideraram impossível.

Com relação ao resultado geral da pesquisa, houve uma diminuição no percentual de mulheres que consideraram impossível, e um aumento nas que consideraram possível, pouco possível e quase impossível. Mesmo as mulheres com uma maior escolaridade não percebem sua vulnerabilidade ao HIV de maneira adequada.

Sobre o uso de preservativos por mulheres, existem significativas diferenças em relação à escolaridade, pois as mulheres com 12 a 14 anos de escolaridade usavam mais frequentemente preservativos, quando comparadas com a categoria de referência¹³. Esse resultado pode sugerir uma melhor percepção de vulnerabilidade nessas mulheres mais esclarecidas, pois as medidas de proteção são adotadas quando se admite que haja uma possibilidade de contágio.

As mulheres profissionais da saúde não adotam medidas de proteção contra o HIV⁷. A autora associa esse fato a uma negação

da própria vulnerabilidade e à forte influência da herança cultural, pois parece que essas profissionais não conseguem tirar proveito do conhecimento que possuem sobre a temática.

A **Figura 3** apresenta a percepção de vulnerabilidade ao HIV/aids em mulheres que praticam religião: 33,3% das mulheres consideraram impossível adquirir a doença; 26,7% acreditam ser quase impossível ser infectada pelo vírus; e 20% consideraram possível ou pouco possível adquirir a doença.

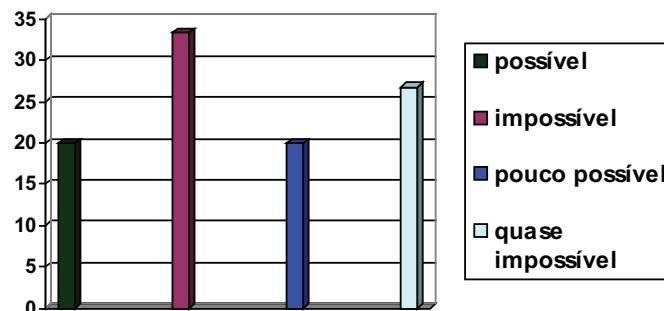


Figura 3 – Distribuição em percentual das mulheres que praticam religião quanto à percepção de vulnerabilidade ao HIV/aids. Fonte: Pesquisa direta, UBSF – Cinza – Campina Grande/PB, 2006.

As representações que se tem da aids ainda hoje são, em sua maioria, frutos das primeiras informações noticiadas, que apresentavam à sociedade uma doença grave, de evolução rápida, fatal, associada a homossexuais masculinos e prostitutas, relacionando-a com uma condição do “outro”. As mulheres casadas não faziam parte dos “grupos de risco”, portanto, eram consideradas isentas do risco de contrair a doença¹².

A religião tem um papel importante na representação do adoecer. A fé em Deus viabiliza a crença de proteção contra doenças. O discurso de cunho religioso permeia o discurso técnico, justificando as condições de vida, saúde e doença, como responsabilidades divinas e, por assim serem, aceitáveis, não se questionando estruturas históricas, socioeconômicas e políticas que possam determiná-las¹².

A **Figura 4** mostra que 66,7% das mulheres entrevistadas que consideraram possível contrair o HIV não usaram preservativo na última relação sexual; e 33,3% afirmaram que usaram preservativo na última relação sexual.

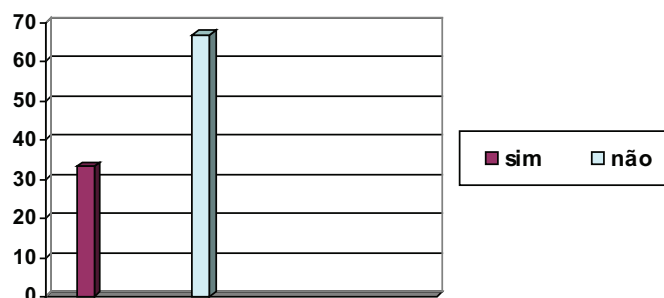


Figura 4 – Distribuição em percentual das mulheres que consideraram possível contrair o HIV quanto ao uso de preservativo na última relação sexual. Fonte: Pesquisa direta, UBSF – Cinza – Campina Grande/PB, 2006.

O resultado apresentado demonstra que a autopercepção de vulnerabilidade não reduz os comportamentos de risco, pois as mulheres, mesmo ao perceberem que seria possível contrair o vírus HIV, não utilizaram preservativo na última relação sexual. Esse resultado sugere que existe uma dificuldade de negociação de seu uso por parte das mulheres. A maioria das pesquisas realizadas sobre o uso de preservativos em mulheres aponta para uma limitação no seu uso. As justificativas apresentadas pelo não uso são, na maioria das vezes, a confiança no parceiro estável, a negação da própria vulnerabilidade, o medo de colocar em risco seu relacionamento afetivo-conjugal.

CONCLUSÃO

Com a realização desta pesquisa foi possível concluir que:

- As mulheres entrevistadas não têm uma boa percepção de sua vulnerabilidade ao HIV/aids.
- As mulheres costumam frequentar os serviços de saúde.
- O uso de preservativo, ainda é uma prática não usual, mesmo nas mulheres que frequentemente procuram os serviços de saúde.
- O nível de escolaridade ajuda as mulheres a ter uma melhor percepção de vulnerabilidade ao HIV.
- A religião demonstrou interferir negativamente na percepção adequada da vulnerabilidade ao HIV.
- A autopercepção de risco não determina a mudança de comportamento em relação à doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Filho GB. Patologia Geral. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 3ª ed., 2004.
2. Ministério da Saúde (Brasil). Guia de Vigilância Epidemiológica. Brasília: FUNASA 2002; 1.
3. Bastos FIA. Feminização da Epidemia de Aids no Brasil: Determinantes Estruturais e Alternativas de Enfrentamento. Rio de Janeiro: Coleção Abiá, Saúde Sexual e Reprodutiva, 2001. nº 3.
4. Ministério da Saúde (Brasil). Aids no Brasil. Aids em números. 2006. Brasília. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMS-13F4BF21PTBRIE.htm> Acessado em: 20/09/2006.
5. Ministério da Saúde (Brasil). Departamento de Atenção Básica. Série A: Normas e Manuais Técnicos. HIV/aids, hepatites e outras DST. Brasília. 2006. Cadernos nº 18.
6. Silveira MF, Béria JU, Horta BL, Tomasi E. Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e Aids em mulheres. São Paulo: Revista de Saúde Pública; 2002. 36 (6):670-7.
7. Maia CB. O significado da aids na vida de mulheres profissionais de saúde: do indizível à realidade. Curitiba: Universidade Federal do Paraná. 2004. Dissertação (mestrado). Setor de Ciências e da Saúde. p. 95.
8. Ministério da Saúde (Brasil). São Paulo: Instituto para o desenvolvimento da saúde. Universidade de São Paulo. Programa saúde da família. Manual de enfermagem. 2001.
9. Richardson RJ. Pesquisa social: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 1999. 3ª ed.
10. Instituto brasileiro de geografia e Estatística (IBGE). Censo. 2002. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/> Acessado em: 01/05/2007.
11. Amorim MM, Andrade AN. Relações afetivo-sexuais e prevenção contra infecções sexualmente transmissíveis e aids em mulheres do município de Vitória – ES. Maringá: Psicologia em estudo 2006; 11(2). Disponível em: http://www.scielo.br/scielophp?script=sci_arttex&pid=S14137372200600200012&lng=pt&nrm=iso Acessado em: 23/04/2007.
12. Nascimento AMG, Barbosa CS, Medrado B. Mulheres de Camaragibe: representação social sobre a vulnerabilidade feminina em tempos de aids. Recife: Revista brasileira de saúde materno-infantil 2005; 5(1).
13. Carreno I, Costa JSD. Uso de preservativo nas relações sexuais: estudo de base populacional. São Paulo: Revista saúde pública 2006. 40 (4). Disponível em: http://scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S003489102006000500024&lng=pt&nrm=iso Acessado em: 01/05/2007.
14. Alves RN, Kovacs MJ, Stall R, Paiva V. Fatores psicossociais e a infecção por HIV em mulheres. Maringá, PR. Rev Saúde Pública 2002 agosto; 36 (4 supl.):32-9.

Endereço para correspondência: **WENDELL SOARES CARNEIRO**

Rua Sérgio Lima, 266
Bairro Jardim Guanabara – Patos – PB
CEP: 58701-340
E-mail: wendell_sc@ig.com.br

Recebido em: 07.08.2009

Aprovado em: 27.10.2009

PERCEPÇÃO DE PACIENTES HIV-POSITIVO DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA EM RELAÇÃO A TRATAMENTOS DE SAÚDE

PERCEPTION OF HIV-POSITIVE PATIENTS FROM A REFERRAL CENTER FOR HEALTH CARE

Cléa AS Garbin¹, Ronald Jefferson Martins¹, Artênio José Í Garbin¹,

Daniela C de Lima², Annelise Katrine C Prieto³

RESUMO

Introdução: os profissionais de saúde, em muitos casos, apresentam práticas defensivas e excludentes, características do preconceito e da discriminação, no atendimento a pacientes HIV-positivo. **Objetivo:** verificar a percepção de pacientes soropositivos de um centro de referência para DST/HIV/aids em relação a tratamentos de saúde. **Métodos:** realizaram-se entrevistas com perguntas relacionadas às atitudes discriminatórias sofridas, acesso e assistência à saúde. **Resultados:** participaram da pesquisa 130 indivíduos, dos quais 30 (23,1%) relataram eventos de discriminação sofrida fora do centro de referência, predominantemente do cirurgião-dentista e 112 (86,2%) acreditavam ter o mesmo acesso e assistência à saúde que outros cidadãos. Sessenta e dois (47,7%) tratavam-se com o dentista do centro de referência, sendo que destes, 56 (90,3%) achavam bom serem atendidos em uma unidade odontológica somente para HIV-positivo e seis (9,7%) mostraram-se indiferentes, acreditavam estar mais expostos, ou ser preconceito haver um dentista para atender indivíduos soropositivos. **Conclusão:** conclui-se que muitos pacientes já foram discriminados fora do centro de referência. Porém, a maioria apresenta um sentimento positivo ao tratamento recebido num local específico para pacientes HIV-positivo, devido ao acolhimento compreendido pela humanização e acesso aos serviços de saúde.

Palavras-chave: soropositividade para HIV, síndrome da imunodeficiência adquirida, pessoal de saúde, DST

ABSTRACT

Introduction: health professionals, in many cases, have defensive and exclusionary practices, patterns of prejudice and discrimination in response to HIV-positive patients. **Objective:** to verify the perception of patients seropositives from a reference center for STD/HIV/aids in relation to health care. **Methods:** there were interviews with questions related to discriminatory attitudes suffered, access and health care. **Results:** 130 individuals participated in the survey, from which 30 (23.1%) reported events of discrimination suffered outside the center of reference, predominantly from surgeon-dentists and 112 (86.2%) believed to have the same access and health care as other citizens. 62 (47.7%) treated with the dental center of reference, of which 56 (90.3%) felt good being treated in a dental unit only for HIV positive and six (9.7%) were indifferent, believed to be more exposed, or have a bias to attend dental seropositive individuals. **Conclusion:** it is concluded that many patients have already been discriminated against outside the reference center. However, most of them have a positive feeling towards the treatment received at a specific place for treating HIV-positive patients, due to the feeling of being welcome at that place due to the humanization and access to health care.

Keywords: HIV seropositivity, acquired immunodeficiency syndrome, health personnel, STD

INTRODUÇÃO

No início da epidemia da aids, a falta de um conhecimento mais profundo sobre a ação do vírus e da doença e a imagem de pacientes em estado terminal nos leitos dos hospitais públicos geraram medo e desconfiança entre a população, o que contribuiu para a estigmatização da doença, fomentando sentimentos discriminatórios e preconceituosos de todos os segmentos da sociedade, independentemente do grau de escolaridade ou esclarecimento sobre a epidemia¹⁻⁷. A existência naquele momento de pessoas soropositivas ou com aids apresentando um quadro grave de saúde levou a um processo de desestruturação social, por meio da ausência de garantias sociais, como manutenção de trabalho e acesso a informações corretas e tratamentos; entre outros⁸.

Hodiernamente, com o advento da associação de medicamentos antirretrovirais, houve melhora na qualidade de vida das pessoas HIV-positivo e diminuição da letalidade da doença, mas infelizmente ainda se constata que persevera a progressão da epidemia e o alto custo em sofrimento humano advindo de estigma, preconceito e discriminação⁶.

Como consequência, é grande o número de indivíduos assintomáticos que não revelam seu estado de soropositividade⁹.

A expressão da luta contra a aids no Brasil surgiu em meados de 1985, a partir do desenvolvimento de grupos formados por pessoas atingidas direta ou indiretamente pela epidemia, as chamadas ONGs/aids, que tinham o propósito de reivindicar os direitos das pessoas vivendo com HIV e aids. Foram os responsáveis pelo início da prática do aconselhamento em nosso país^{8,10}.

Uma importante estratégia realizada mundialmente para controle da epidemia da aids foi a oferta de testes sorológicos. O Ministério da Saúde brasileiro, por meio da Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e aids (CN-DST/aids), a partir de 1988 optou por investir na criação de centros de testagem, hoje denominados "Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA)". Os CTAs proporcionam ao soropositivo no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) tratamento médico, odontológico e social, além de ações de aconselhamento que constituem a possibilidade de transformar o cidadão em sujeito da sua própria saúde e da sua doença^{10,11}.

Vista a importância da estratégia dos CTAs na prevenção e no controle da disseminação do HIV, além da minimização do preconceito por meio de práticas de saúde mais humanizadas e acessíveis, objetivou-se neste estudo verificar a percepção de pacientes soropositivos de um centro de referência para DST/HIV/aids em relação a tratamentos de saúde.

¹ Professores do Programa de Pós-graduação em Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, UNESP.

² Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, UNESP.

³ Graduanda em Odontologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, UNESP.

MÉTODOS

A pesquisa realizada configura-se como um estudo descritivo, de caráter transversal, com uma abordagem quantitativa. Contactou-se inicialmente o secretário de saúde do município, para informá-lo a respeito do objetivo do estudo e posterior uso dos dados coletados, com a intenção de obter apoio para a realização da pesquisa. Posteriormente, adequaram-se as perguntas do questionário por meio de estudo-piloto realizado em uma ONG/aids do município, que possui o objetivo de dar apoio psicológico e material aos indivíduos portadores de HIV e seus familiares.

Realizaram-se entrevistas com perguntas relacionadas a infecção pelo HIV, assistência e acesso a serviços de saúde e discriminação sofrida. A população estudada constituiu-se por uma amostra de indivíduos do sexo masculino e feminino em tratamento no centro de referência para HIV-positivo de Araçatuba, São Paulo, Brasil, denominado **Programa Municipal de DST/Aids e Hepatites Virais**. Este programa e o de mais quatro municípios são referências para o atendimento destes pacientes no Departamento Regional de Saúde II (DRS II), que compreende 40 municípios da região noroeste do Estado. Em muitos casos, existe a preferência do indivíduo que mora em um município onde há o programa, de ser atendido em outra cidade, por questão de sigilo ou pelo medo de ser reconhecido em sua própria cidade.

A equipe de saúde multidisciplinar do CTA é composta por um dentista, uma enfermeira, uma assistente social, uma farmacêutica, cinco auxiliares de enfermagem e quatro médicos. Há também uma psicóloga voluntária que presta atendimento semanal.

Estipulou-se um período de 12 meses para a coleta dos dados, sendo realizado o levantamento entre novembro de 2007 e dezembro de 2008. Os dados coletados foram tabulados por meio do programa Epi Info 2000, versão 3.2 e apresentados em frequências absolutas e percentuais.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, por meio do processo FOA 2007-01014.

RESULTADOS

O universo do estudo era composto por 840 pacientes que estavam em estágio de tratamento ou acompanhamento no CTA. No período analisado entrevistaram-se 130 (15,5%) indivíduos, sendo que 71 (54,6%) pertenciam ao sexo masculino e a maior parte, 57 (43,8%), era solteira. Setenta e três (56,1%) apresentavam baixo nível de escolaridade, tendo estudado até o ginásio completo (fundamental completo), mostrando grande defasagem escolar. Dividiu-se a população estudada em faixas etárias de 10 anos, o que indicou maior frequência dos pesquisados, 60 (46,1%), na faixa dos 36 aos 45 anos. A média de idade foi de 43,5 anos (Dp = 10,4675).

Quanto à maneira como o indivíduo descobriu ser soropositivo, 68 (52,3%) relataram ter sido com o aparecimento de sinais e sintomas, 35 (26,9%) por meio da realização de exames de rotina e 27 (20,8%) pelo adoecimento do cônjuge. Setenta e oito (60%) acreditavam ter contraído o HIV por meio de relação heterossexual.

Trinta (23,1%) indivíduos relataram eventos de discriminação sofrida fora do centro de referência, predominantemente do cirurgião-dentista, e 112 (86,2%) acreditavam ter o mesmo acesso e assistência à saúde que outros cidadãos. Sessenta e dois (47,7%)

tratavam-se com o dentista do centro de referência, sendo que, destes, 56 (90,3%) achavam bom serem atendidos em uma unidade odontológica somente para HIV-positivo e seis (9,7%) mostraram-se indiferentes, acreditavam estar mais expostos ou ser preconceito haver um dentista para atender indivíduos soropositivos.

DISCUSSÃO

Nos últimos anos, no Brasil, a epidemia da infecção pelo HIV vem apresentando importantes mudanças no seu perfil, dentre elas a heterossexualização, que se fez acompanhar pela feminização. Sob a perspectiva social, é notório que a doença atinge paulatinamente populações em desvantagem socioeconômica (pauperização)^{1,12}. Os resultados deste trabalho corroboram o perfil da doença.

A sociedade, diante desta epidemia que se disseminou rapidamente, construiu representações apoiadas na ideia de doença contagiosa, incurável e mortal, recrudescendo o conceito de “peste” e estimulando atitudes descomedidas de pânico, negação, intolerância e discriminação às pessoas atingidas por ela, o que levou os portadores do vírus a não procurarem os serviços de saúde próximos às suas casas, pelo medo de serem identificados por pessoas de seu convívio social e conseqüentemente terem o diagnóstico revelado⁶. Entretanto, as frequentes idas aos serviços de assistência médica para o tratamento antirretroviral implicam em faltas ou atrasos no trabalho, em que a apresentação de atestados no emprego, mesmo sem indicar “aids”, marca o início de um processo de visibilidade da condição de portador e de sua marginalização, o que pode desencadear sua demissão⁷.

A retaliação também ocorre por profissionais dos serviços públicos de saúde que, apesar de apresentarem maior grau de esclarecimento sobre a doença, não estão devidamente preparados para lidar com as questões suscitadas pela infecção^{2,13}. Verificou-se nesta pesquisa que os cirurgiões-dentistas foram os profissionais com maiores atitudes discriminatórias, apresentando motivos os mais descabidos possíveis para o não atendimento, que no mínimo subestimam a inteligência do semelhante, como por exemplo: “tirarei férias por tempo indeterminado”, ou “meus equipamentos estão com problemas”. Num relato, o paciente afirmou que um profissional da enfermagem disse que não poderia haver reclamação pelo mau atendimento, pois “eles estavam se arriscando a pegar aids por mim”. Acreditamos que os relatos de discriminação sofrida não foram maiores em razão de, após a confirmação pelo médico da soropositividade, o indivíduo ser encaminhado diretamente para tratamento no CTA.

Apesar de terem um importante papel na desmistificação dessa epidemia, estudos mostram que os cirurgiões-dentistas apresentam repulsa ao atendimento a portadores do HIV. Os principais motivos pelos quais recusariam o cuidado foram o medo de se infectarem durante um procedimento odontológico e o de perder outros pacientes^{9,14}. Embora tenha conhecimento científico, a maioria destes profissionais apresenta confrontos pessoais e limitações humanas para mudanças de preconceitos, estigmas e crenças³, não estando suficientemente preparada para entender, interpretar e incorporar a questão dentro de um plano de tratamento odontológico de rotina. Faz-se necessária a conscientização deste profissional de saúde e da equipe para o desempenho de importante papel, não só no tratamento global dessas pessoas, mas também como agentes de informação e orientação para a comunidade.

O desenvolvimento de programas de educação permanente para a equipe de odontologia, com temas relacionados à epidemia de HIV/aids, constitui-se em importante estratégia para ampliar o acesso e aprimorar a qualidade do atendimento, pois um estudo mostrou que os cirurgiões-dentistas que apresentavam maior disposição para o atendimento odontológico a indivíduos soropositivos tinham a percepção correta sobre o risco de contaminação ocupacional e conhecimento do protocolo pós-exposição a material biológico¹⁵.

O CTA – DST/Aids realiza o processo de aconselhamento, composto por apoio emocional, apoio educativo (aborda as formas de transmissão, prevenção e tratamento) e pela avaliação de riscos, que propicia a reflexão sobre valores, atitudes e condutas que incluem o planejamento de estratégias de redução de risco¹³. Definido como um processo de escuta ativa, individualizado e centrado no paciente, estabelece a confiança entre os interlocutores, visando ao indivíduo reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e transformação¹⁰.

Parece ser comum por parte do usuário do CTA a expressão “nem parece serviço público”^{11,16}. Isso porque na grande maioria das unidades de saúde do sistema, as condições de trabalho caracterizadas pela falta de ambiente adequado, de recursos humanos e materiais suficientes, além da sobrecarga de atividades do funcionário, baixos salários e motivação para o trabalho, geram um ambiente desfavorável que dificulta o desenvolvimento de uma assistência humanizada¹⁷. No presente trabalho pudemos verificar o relato dos indivíduos soropositivos tratados no CTA de menor preconceito sofrido, maior humanização e acesso aos serviços de saúde.

Existe a dificuldade da criação de vínculo entre os profissionais de saúde e a população soronegativa, provavelmente pelo fato de este grupo já ter esclarecido suas dúvidas sobre o risco de estar infectado pelo HIV e conseqüentemente não ver a necessidade de retornar ao CTA¹⁸. Os usuários tendem a se sentir protegidos nos casos de resultado negativo, desconsiderando as situações de exposição que os conduziram ao serviço, o que pode levá-los a percorrer novos sistemas de exposição com a ilusória sensação de imunidade, ou buscar repetitivamente a realização de novos exames. Nesse caso, poderia ser caracterizado como uma falha no atendimento do CTA diante do seu caráter tipicamente preventivo e que deve privilegiar um plano de ação frente à vulnerabilidade do indivíduo¹⁹.

Em uma pesquisa realizada nos Centros de Orientação e Apoio Sorológico (COAS)/CTA da região Nordeste do Brasil, atentou-se para a necessidade de um instrumento ou forma de mensuração acerca da mudança de comportamento almejada, por não se conseguir uma aferição consistente quanto ao efeito dos aconselhamentos e das medidas preventivas que se buscam incentivar no usuário¹⁶. Em outros trabalhos atentou-se para a presença em alguns CTAs de um discurso passivo e pouco reflexivo, limitado ao aspecto informativo e prescritivo das medidas de prevenção ao HIV, o que diminui a perspectiva de mudança das crenças individuais^{19,20}.

O nível de embrutecimento das relações no dia a dia e a impessoalidade que rege o atendimento nos serviços públicos de saúde do País, além da discriminação e do preconceito emanados de profissionais de saúde, remetem à falta de preparo específico dos

mesmos, estando este treinamento restrito aos profissionais dos centros de referência para HIV/aids (CTAs), o que resulta na descontinuidade da assistência para pessoas soropositivas quando elas são atendidas em outros serviços do SUS^{5,16}. Há a necessidade de estender a experiência dos CTAs para outros serviços públicos de saúde, por meio de um projeto de educação nas universidades e nos consultórios que visa a desconstrução cultural do estigma e a capacitação dos profissionais para um cuidar holístico e humanitário do indivíduo HIV-positivo, favorecendo a sua ressocialização e conseqüentemente aumentando a eficácia dos programas de assistência e prevenção da doença^{2,3,5,7,11,21}.

Agradecimentos

Os autores agradecem ao secretário de saúde do município, que permitiu a realização da pesquisa, a todos os funcionários do CTA pelas informações dadas e aos pacientes que aceitaram participar do estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e aids. Controle de infecções e a prática odontológica em tempos de aids: manual de condutas. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
2. França ISX. Con-vivendo com a soropositividade HIV/aids: do conceito aos preconceitos. Rev Bras Enferm 2000; 53(4):491-8.
3. Discacciati JAC, Vilaça EL. Atendimento odontológico ao portador do HIV: medo, preconceito e ética profissional. Rev Panam Salud Publica 2001; 9(4):234-9.
4. Pagliari AV, Garbin CAS, Garbin AJI. HIV attitudes and practices among professors in a Brazilian dental school. J Dent Educ 2004; 68(12):1278-85.
5. Sadala MLA, Marques SA. Vinte anos de assistência a pessoas vivendo com HIV/aids no Brasil: a perspectiva de profissionais da saúde. Cad Saúde Pública 2006; 22(11):2369-78.
6. Almeida MRCB, Labronici LM. A trajetória silenciosa de pessoas portadoras do HIV contada pela história oral. Cienc Saude Colet 2007; 12(1):263-74.
7. Garrido PB, Paiva V, Nascimento VLV, Sousa JB, Santos NJS. aids, estigma e desemprego: implicações para os serviços de saúde. Rev Saúde Pública 2007; 41 (Sup. 2):72-9.
8. Silva CLC. ONGs/aids, intervenções sociais e novos laços de solidariedade social. Cad Saúde Pública 1998; 14(Sup. 2):129-39.
9. Discacciati JAC, Neves AD, Pordeus IA. aids e controle de infecção cruzada na prática odontológica: percepção e atitudes dos pacientes. Rev Odontol Univ São Paulo 1999; 13(1):75-82.
10. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e aids. Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA: manual. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.
11. Ferreira MPS, Silva CMFP, Gomes MCF, Silva SMB. Testagem sorológica para o HIV e a importância dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) – resultados de uma pesquisa no município do Rio de Janeiro. Cienc Saude Colet 2001; 6(2):481-90.
12. Fonseca MG, Bastos FI, Derrico M, Andrade CLT, Travassos C, Szwarcwald CL. aids e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996. Cad Saúde Pública 2000; 16(Sup. 1):77-87.
13. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e aids. Aconselhamento em DST, HIV e aids: diretrizes e procedimentos básicos. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
14. Discacciati JAC, Pordeus IA. Você está disposto a tratar pacientes com aids? Rev CROMG 1997; 3(1):31-6.
15. Senna MIB, Guimaraes MDC, Pordeus IA. Atendimento odontológico de portadores de HIV/aids: fatores associados à disposição de cirurgiões-dentistas do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública 2005; 21(1):217-25.

16. Minayo MCS, Souza ER, Assis SG, Neto OC, Deslandes SF, Silva CMFP. Avaliação dos Centros de Orientação e Apoio Sorológico/CTA/Coas da região nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública* 1999; 15(2):355-67.
17. Simões ALA, Bittar DB, Mattos EF, Sakai LA. A humanização do atendimento no contexto atual de saúde: uma reflexão. *REME rev min enferm* 2007; 11(1):81-5.
18. Santos FP, Machado AA. Pesquisa em aids: dificuldades de adesão pelos indivíduos soronegativos. *DST - J bras Doenças Sex Transm* 2001; 13(5):43-5.
19. Souza V, Czeresnia D, Natividade C. Aconselhamento na prevenção do HIV: olhar dos usuários de um centro de testagem. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(7):1536-44.
20. Kurokawa e Silva NE, Oliveira LA, Figueiredo WS, Landroni MAS, Waldman CCS, Ayres JRCM. Limites do trabalho multiprofissional: estudo de caso dos centros de referência para DST/aids. *Rev Saúde Pública* 2002; 36(Sup. 4):108-16.
21. Sadala MLA, Matias LO. Os significados atribuídos ao cuidar de pacientes com aids. *Rev Esc Enf USP* 2000; 34(1):1-8.

Endereço para correspondência:**RONALD JEFFERSON MARTINS**

NEPESCO – Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva
Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP
Departamento de Odontologia Infantil e Social
R. José Bonifácio, nº 1193 – Bairro Vila Mendonça
Araçatuba – SP
CEP: 16015-050
Tel.: 18 3636-3250
E-mail: rojema@terra.com.br / cgarbin@foa.unesp.br

Recebido em: 27.10.2009

Aprovado em: 12.11.2009

O ACONSELHAMENTO PARA REALIZAÇÃO DA SOROLOGIA ANTI-HIV EM GESTANTES

COUNSELING FOR THE REALIZATION OF ANTI-HIV SEROLOGY AMONG PREGNANT WOMEN

Fátima Regina de Almeida Lima Neves & Elucir Gir

RESUMO

Introdução: devido à importância do número de casos de aids entre mulheres e o consequente aumento da transmissão materno-infantil, o município de Ribeirão Preto/SP instituiu em 1996 o “Protocolo de oferecimento da sorologia anti-HIV no pré-natal com aconselhamento pré e pós-teste” em toda rede básica de saúde. **Objetivo:** contextualizar como se dá o processo de aconselhamento na percepção de enfermeiros e médicos ginecologistas. **Métodos:** como referencial teórico utilizamos o conceito de vulnerabilidade e no metodológico utilizamos a análise de prosa de André (1993), pós-realização de grupos focais. O tópico explorado foi o aconselhamento. **Resultados:** Foram extraídos dois núcleos temáticos: aconselhamento e processo de trabalho. No aconselhamento emergiram subtemas: o caráter voluntário do teste anti-HIV; a percepção de risco; a quebra da cadeia de transmissão e os sentimentos mobilizadores frente ao HIV/aids. No núcleo temático processo de trabalho foram gerados os subtemas: planejamento das ações nas unidades de saúde e recursos humanos em saúde. Levamos em consideração as múltiplas dimensões da prática do aconselhamento frente ao modelo assistencial vigente e à subjetividade dos atores envolvidos. **Conclusão:** apesar de todo o avanço no campo científico e tecnológico, a aids continua sendo uma doença que mobiliza muitos sentimentos, entre eles medo, confusão, desinformação e discriminação. Ficou evidente a necessidade de se priorizar temas transversais como sexualidade e drogas na formação destes profissionais, marcador indelével deste estudo. Para melhorar a qualidade da assistência usando a estratégia do aconselhamento serão necessárias reflexões e análises da prática do aconselhamento, sob a ótica da relação profissional de saúde/usuário, visando a sensibilização para a necessidade de mudança no modo de fazer o trabalho em saúde.

Palavras-chave: aconselhamento, gestantes, teste anti-HIV, DST

ABSTRACT

Introduction: due to the large number of cases of aids among women and the consequent increase in mother-to-child transmission, the city of Ribeirão Preto – SP established in 1996 the “Protocol to offer of anti-HIV testing in prenatal advice on pre and post-test” in all core network of health. **Objective:** to discuss the process of counseling in the perception of nurses and doctors gynecologists. **Methods:** the concept of vulnerability was used as theoretical reference and Analysis of Prose, André (1993), was used as the methodology post-execution of focus groups. The topic explored was counseling. **Results:** we extracted two thematic groups: counseling and work process. In counseling emerged the sub themes: the voluntary character of HIV test; perception of risk; breaking the chain of transmission and feelings facing the HIV/aids. At the core thematic work process, were generated the sub themes: planning of actions in units of health and human resources in health. We took into account the multiple dimensions of the practice of counseling based on the existing care model and subjectivity of the actors involved. **Conclusion:** despite all the progress in scientific and technological fields, aids remains a disease that mobilizes many feelings, such as fear, confusion, misinformation and discrimination. The need to prioritize cross-cutting themes such as sexuality and drugs in the training of these professionals was evident. To improve the quality of care using the strategy of counseling necessary with reflection and analysis of practical counseling, from the perspective of the relationship of health professional-patient, aimed at raising awareness of the need to change in the way of doing the work in health.

Keywords: counselling, pregnant women, anti-HIV test, STD

INTRODUÇÃO

A epidemia da síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) constitui um dos mais graves problemas de saúde pública da atualidade, transcendendo as ações de um Programa de Prevenção e Assistência às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e Aids, uma vez que existem facetas socioeconômicas e culturais arraigadas, difíceis de serem transpostas, que não serão trabalhadas apenas com informação, e sim, em um contexto mais amplo, na formação do indivíduo, objetivando mudanças de atitudes e comportamentos.

Ribeirão Preto teve seu primeiro caso de aids registrado em 1986. Dos 4.913 casos acumulados, 1.520 são do sexo feminino (30,93%) e 3.393 são do sexo masculino (69,07%): a razão masculina/feminina é de 2,2:1¹. O número expressivo de casos de aids entre heterossexuais chama a atenção, principalmente no que se refere à feminilização da epidemia, preocupando-nos a faixa etária

em que estas mulheres estão se descobrindo doentes de aids. Dos 1.520 casos notificados do sexo feminino, 83% estão na faixa etária entre 15 e 39 anos. Faixa etária que está relacionada com o período esperado para que tenham vida sexual ativa e, encontrando-se em idade reprodutiva, possam engravidar, e consequentemente, ocorra a transmissão materno-infantil do HIV.

Considerando que a adequada assistência no pré-natal possibilita o diagnóstico e o tratamento das gestantes positivas para o HIV, o que é fundamental para prevenir a contaminação do recém-nascido e reduzir a taxa de transmissão vertical, o Programa Municipal de DST/Aids instituiu, a partir de agosto de 1996, o oferecimento da sorologia anti-HIV no pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde². A implantação desta atividade não se fez de maneira isolada, mas ocorreu de acordo com as diretrizes do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)³, norteada pelos princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS).

O aconselhamento e a realização da sorologia anti-HIV acontecem nas unidades de saúde municipais e as gestantes com diagnóstico positivo para o HIV são referendadas ao Ambulatório de Moléstias Infeciosas em Ginecologia e Obstetrícia (AMIGO), do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, para realização do pré-natal.

Enfermeira Sanitarista. Mestre em Enfermagem pelo Depto de Enfermagem Geral e Especializada – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP). Coordenadora do Programa Municipal de DST/Aids da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto/SP.

Apesar de as atividades protocolares estarem bem estabelecidas, a experiência tem mostrado que existe, entre os profissionais de saúde, grande dificuldade de fazer o aconselhamento para a realização da sorologia anti-HIV. As dificuldades talvez se devam a fatores diversos, tais como: 1. o diagnóstico da infecção pelo HIV não ser cogitado pelo profissional de saúde em relação às usuárias de seu serviço, uma vez que estas não correspondem ao estereótipo criado para um portador do HIV; 2. por ser uma doença incurável, havendo dificuldade em lidar com esta limitação; 3. pelo modelo de assistência à saúde vigente ser centrado na doença.

OBJETIVO

Diante desta problemática, propusemos-nos a analisar o processo de aconselhamento para a realização da sorologia anti-HIV no pré-natal da rede pública municipal. O tópico explorado foi o “aconselhamento”, conforme preconizado pelo Manual de Aconselhamento em DST/HIV e Aids: Diretrizes e Procedimentos⁴.

A avaliação de um programa de intervenção é quase tão importante quanto os ideais que nos orientam e as ações que realizamos. Ela nos ajuda a dar corpo a esses ideais e ações – quando nos obriga a antecipar mentalmente o ponto onde queremos chegar e os caminhos que devemos trilhar – e a assegurarmos-nos de que, pelo menos no que compete a esses ideais e ações, estamos fazendo a coisa certa⁵.

O alcance deste objetivo permitirá construir explicações contextualizadas da situação atual do processo de aconselhamento para diagnóstico da infecção pelo HIV realizado em gestantes que procuram o pré-natal na rede pública municipal de Ribeirão Preto. Estes dados contribuirão para superar os diagnósticos tradicionais quantitativo, estáticos e nortear ações de prevenção e assistência a serem instituídas dentro do serviço público municipal de maneira dinâmica, sistemática e humanitária.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa. A população foi composta por enfermeiros e médicos ginecologistas que atuam na assistência pré-natal nas unidades de saúde da rede pública municipal. Compuseram a amostra 63 enfermeiros (68,47% do número total destes profissionais na assistência direta) e 41 médicos ginecologistas (66,12%). O projeto foi submetido à apreciação e aprovado pelo secretário municipal de saúde de Ribeirão Preto e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Foi solicitado aos participantes o consentimento espontâneo, através do termo de consentimento livre e esclarecido. Para o alcance dos objetivos específicos, utilizamos a técnica de grupo focal⁶, considerando-se que para o uso desta técnica é imprescindível que exista um foco, isto é, um tópico a ser explorado, a pergunta norteadora e disparadora do trabalho do grupo foi: “Como se dá o aconselhamento durante a realização do oferecimento da sorologia anti-HIV no pré-natal dentro de suas atribuições diárias?”

Utilizamos a análise de prosa de André⁷ para identificar o significado dos dados coletados durante a realização dos grupos focais. Por ser um processo dinâmico, as interpretações eram questionadas e ofereciam indicações para interpretações alternativas, um exercício frequente de fazer a leitura nas entrelinhas, entender seus significados. A categorização dos núcleos temáticos exigiu o

conhecimento prévio pessoal e intelectual dos pesquisadores, bem como a experiência profissional com a temática desenvolvida.

Usamos como referencial teórico o emergente conceito de vulnerabilidade, conceito este utilizado com muita propriedade na área da saúde, produto do ativismo sobre direitos humanos frente à epidemia da aids. A aids com toda sua magnitude, por estar intrinsecamente relacionada a práticas, concepções e valores relativos à saúde, ao corpo e a sexualidade, coloca, aos profissionais de saúde, a necessidade de romper paradigmas, a um só tempo, com conhecimentos adquiridos, experiências vivenciadas e criatividade, enfrentando conflitos inerentes à forma como estes se apresentam na sociedade contemporânea.

RESULTADOS

A partir dos grupos focais realizados, emergiram dois grandes núcleos temáticos: o aconselhamento e o processo de trabalho. Os dados encontrados nos grupos focais dos enfermeiros pouco diferiram no momento da análise do grupo dos médicos, os mesmos núcleos temáticos emergiram em ambos os grupos, porém cada um relatou as especificidades de seu núcleo de atuação profissional.

No núcleo da enfermagem, observamos profissionais mais generalistas, versáteis, desenvolvendo seu papel em várias frentes de atuação dentro das unidades de saúde. Neste sentido, são profissionais muito mais integrados com a rotina da unidade e com o diagnóstico mais preciso do contexto social em que sua clientela adstrita está inserida. Na visão da grande maioria dos enfermeiros, a prática do aconselhamento já está bem sedimentada, é percebida sua importância, conforme identificamos nos fragmentos das falas:

“Devemos aproveitar o momento, mesmo se for um resultado negativo, para fazer educação em saúde, para que aquela mulher permaneça negativa” (E-12).

“Acho que no processo de aconselhamento precisamos ter bom senso, quando um teste é positivo para o HIV ou até mesmo uma gravidez não desejada, não devemos despejar informações, mas esperar ela digerir” (E-30).

“Aconselhamento deve ser algo reservado” (E-4).

Quanto ao núcleo médico, observamos que os procedimentos assistenciais referentes à mulher são realizados a partir da queixa de conduta e de sua função reprodutiva. Seus procedimentos ainda estão muito voltados para o determinismo biológico e pouco direcionados aos fatores determinantes da vulnerabilidade feminina. Ficou evidenciado que a sexualidade da mulher tem sido associada, pela grande maioria dos médicos, à maternidade e à reprodução.

“Eu explico para a paciente o que é a doença, como se faz o diagnóstico, as opções de tratamento para a própria paciente e para o feto” (M-2).

“Toda paciente que inicia o pré-natal eu informo sobre a importância do exame para saber seu estado de saúde e que se houver algum problema, há a possibilidade de cuidado para não afetar o feto” (M-11).

Observamos no grupo focal um certo descompasso entre o objetivo, a importância de se realizar aconselhamento e o sentimento mobilizado, conforme observamos a seguir:

“Eu acho que o tema aconselhamento é eufemismo, existe um carimbo que é sorologia anti-HIV no pré-natal” (E-2).

“Eufemismo” significa abrandamento de uma ideia desagradável⁸, e podemos considerar que a realização do teste anti-HIV pela mulher na visão de alguns profissionais é um ato desagradável, tanto para ela, que está sujeita a realizar este teste, quanto para o profissional, que deve estar realizando o aconselhamento. O aconselhamento vem apenas para abrandar o ato da realização do exame em si.

Os médicos participantes do grupo focal apresentaram uma certa unanimidade no discurso de como veem o aconselhamento, através de caráter puramente normatizador, de pouco envolvimento com a complexidade da temática.

No âmbito das DST e HIV/aids, o aconselhamento contempla alguns pressupostos básicos: apoio emocional, ação educativa sobre as DST e HIV/aids, suas formas de transmissão e os métodos preventivos e assistenciais, propiciando às usuárias dos serviços uma avaliação dos riscos aos quais estão expostas auxiliando-as no planejamento de estratégias de redução de riscos. A oferta do exame sorológico anti-HIV é parte do processo de aconselhamento realizado por profissionais de saúde. É esperado que o aconselhador tenha conhecimento atualizado sobre DST e aids. Profissionais de saúde deveriam estar aptos a desenvolver o aconselhamento, e, particularmente, os profissionais médicos e enfermeiros, pelas características do trabalho que desenvolvem junto à população, assim como pelo papel social que ocupam no contexto de atenção à saúde. A prática do aconselhamento implica em um trabalho de educação preventiva, em que onde as relações sejam estabelecidas linearmente, fazendo com que o indivíduo seja protagonista de sua história, objetivando o fortalecimento de seus recursos internos para o cuidado com sua saúde. Para esta prática é necessário que os usuários dos serviços se sintam acolhidos em suas necessidades, como observado:

“Estou lembrando como eu fazia aconselhamento, que a paciente na hora da primeira consulta não tem cabeça para ouvir tudo o que temos para falar para ela. Acho que devemos ser mais acolhedoras e menos aconselhadoras” (E-23).

Acolher significa apreender, compreender e atender às demandas dos usuários, dispensando-lhes a devida atenção, com o encaminhamento de ações direcionadas para a sua resolutividade⁹. É dar continência à assistência prestada, é entender esta assistência como algo benéfico para a mulher, procurando minimizar sua dor, dar conforto, esclarecer, orientar.

“Normalmente não aconselhamos, nem discutimos com ela as situações de risco” (E-41).

“Quando é necessário colher a segunda amostra do HIV, é mais complicado, porque tem que chamar a cliente, ela quer saber o que aconteceu, e você tem que falar o que é” (E-24).

Neste sentido, como é esperado no grupo focal, o próprio grupo deu resposta às questões que não estavam totalmente equacionadas, como podemos observar:

“É, mas se tivéssemos falado na consulta, será que a reação seria a mesma?” (E-21).

Os profissionais de saúde devem orientar a cliente sobre o procedimento da coleta do exame, conforme as diretrizes do Programa Nacional de DST/Aids estabelecidas pelo Fluxograma para Detecção de Anticorpos Anti-HIV⁷.

O diagnóstico de uma doença incurável como a aids mobiliza uma série de sentimentos no indivíduo. O paciente que busca fazer

o exame voluntariamente demonstra ser capaz de: reconhecer em si mesmo o risco de estar com uma doença fatal e preconceituosa; sofrer a longa espera do resultado do exame; admitir à sociedade que se submeteu ao exame; aceitar os riscos das perdas sociais; evitar as complicações psicológicas de um resultado positivo; e voltar ao lugar do exame para o retorno¹⁰. Isso demonstra as dificuldades e implicações psíquicas dolorosas de se submeter ao exame anti-HIV. No caso da gestante, estes sentimentos podem ser mobilizados se ela tiver a percepção da possibilidade de risco, pois não foi objetivando o teste anti-HIV que ela procurou o serviço de saúde, e sim para realizar acompanhamento pré-natal.

“...ela nos procurou para fazer o pré-natal e aí...” (E-10).

O processo de aconselhamento estabelece ainda que a entrega de um resultado de exame para detecção do HIV dependerá basicamente de seu resultado. Diante de um teste positivo para o HIV, o acolhimento é uma estratégia que confere ao cliente um tempo para assimilar o impacto diagnóstico e expressar seus sentimentos, sendo raiva, ansiedade e medo, os mais comuns. Se for oportuno, deve-se estabelecer um diálogo sobre estes sentimentos. O profissional de saúde que estiver assistindo a esta cliente deverá lembrá-la que, mesmo sendo portadora do HIV assintomática, poderá estar transmitindo o vírus para outras pessoas; neste sentido deve-se enfatizar a necessidade da revelação diagnóstica a seu(s) parceiro(s), que pode ser tanto sexual quanto o que compartilha drogas injetáveis.

Quem faz este tipo de aconselhamento deve sempre se colocar à disposição do cliente para auxiliá-lo na revelação diagnóstica às suas parcerias, pois estas parcerias também devem ser aconselhadas a realizar a sorologia anti-HIV.

Dentro do núcleo temático do aconselhamento emergiram ainda os subtemas: o caráter voluntário do teste anti-HIV; a percepção de risco; a quebra da cadeia de transmissão da infecção e os sentimentos mobilizadores frente ao HIV/aids. Como o aconselhamento pode implicar na oferta do teste sorológico anti-HIV, lembramos que a realização do teste é de caráter estritamente voluntário.

Um outro aspecto do aconselhamento que emergiu foi referente à sexualidade e à saúde reprodutiva desta mulher identificada como soropositiva para o HIV, como observamos nas falas a seguir:

“Na minha unidade uma mulher identificada com HIV-positivo no pré-natal teve um aborto espontâneo, ela falou que assim que se recuperar ela vai tentar ter outro filho. Fiquei muito preocupada!” (E-29).

“Sabendo que ela é soropositiva, e se ela engravidar?” (E-23).

“Mas ela tem o direito de querer ter filhos”(E-17).

Os serviços de saúde devem se preparar para o atendimento e a orientação de mulheres HIV-positivo no que diz respeito à saúde reprodutiva e ao exercício de sua sexualidade. Neste sentido, é papel dos profissionais de saúde oferecer aos clientes orientações atualizadas sobre as DST/HIV/aids, visando com isso o resgate dos recursos internos deste cliente, para que ele mesmo tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e na transformação com a tomada de decisões.

No grupo focal vivenciado pelos enfermeiros, um dos grandes questionamentos era se a mulher gestante poderia recusar-se a fazer o teste, conforme detectamos nas falas:

“... a vontade do paciente de fazer o exame, é obrigatório? E se ela se recusar?” (E-27).

Um outro enfermeiro interveio:

“Ela pode recusar, mas entra o aconselhamento, cabe aí a gente usar de todo o argumento para que ela concorde, mas se mesmo assim ela se recusar? Já não sei como proceder eticamente, legalmente, pois ela está gerando um filho, e se ela estiver infectada, pode vir a infectar o bebê” (E-16).

“... quando trabalhei no hospital-maternidade, era rotina o exame anti-HIV. Também teria que pedir autorização?” (E-13).

“Na maternidade a gente não pergunta muito, faz o HIV de urgência, até porque ela não pode amamentar depois, e ela que vai fazer e faz” (E-22).

Uma enfermeira questiona a atitude com certa resignação:

“Para nós é cômodo, fazer e acabou” (E-21).

“No momento do parto ela é submissa e aceita tudo” (E-22).

Profissionais de saúde devem esgotar seu poder de convencimento para que a gestante aceite realizar a sorologia pelo inegável benefício da detecção precoce do HIV e sua consequente possibilidade de inibição da transmissão vertical.

Embora em Ribeirão Preto haja disponibilidade de testes sorológicos em toda rede pública municipal desde 1996, e teste rápido em todas as maternidades do SUS desde 1999, ainda chegam às maternidades mulheres sem a informação de terem realizado a sorologia anti-HIV no pré-natal ou até mesmo mulheres que não realizaram o pré-natal. Entendemos que muitas mulheres, por perceberem-se em risco de infecção pelo HIV e/ou por já conhecerem sua condição sorológica, não conseguindo lidar com estes fatos concretos em sua vida, afastam-se do serviço de saúde, não querendo ser identificadas. Se a mulher chega à maternidade sem informação do exame, deve ser oferecido o teste rápido. Reconhece-se que esta não é a melhor hora para o oferecimento do teste, pela peculiaridade do momento, entretanto, negar a esta mulher a possibilidade de ser testada e de disponibilizar o tratamento quimioprolático adequado a este binômio, parece-nos mais danoso do que a discussão sobre a propriedade desta testagem no momento do parto¹¹. O manual Projeto Nascer – Maternidades¹² estabelece para a prevenção da transmissão vertical do HIV, entre outras recomendações: oferecer o teste rápido anti-HIV, com aconselhamento pré e pós-teste, para todas as parturientes não aconselhadas e testadas durante o pré-natal, ou sem pré-natal, devendo a testagem ser igualmente sempre voluntária e confidencial.

Percebemos este avanço quando, entre as mulheres assistidas no pré-natal, a oferta do teste anti-HIV já está mais bem difundida, sendo inclusive solicitado pelas usuárias do serviço, conforme se apresenta nesta fala:

“Faço o aconselhamento, falo de todos os exames que devem ser realizados, explico sobre as doenças e no meio do aconselhamento, ela pergunta, e o da aids também vou fazer?” (E-44).

Somente dois profissionais médicos participantes do grupo focal referiram não fazer o aconselhamento para a realização do teste sorológico anti HIV.

“Não aconselho, peço o exame de rotina” (M-7).

“Eu também não aconselho, comunico que é rotina realizar este exame dentro do pré-natal” (M-14).

A Lei nº 10.449, de 20 de dezembro de 1999, institui a obrigatoriedade do oferecimento às gestantes do teste para detecção de anticorpos anti-HIV e da sífilis, em todo pré-natal realizado pelos

serviços públicos e privados no estado de São Paulo¹³. Com referência à compulsoriedade do teste, estes mesmos profissionais utilizaram os seguintes argumentos:

“A realização do teste deve ser obrigatória, pois trata da sua importância em termos de saúde pública e da proteção de toda a equipe que assiste a paciente” (M-7).

“Hoje, devido a questões judiciais inclusive, o exame anti-HIV é obrigatório no pré-natal para proteção mais intensa da equipe obstétrica e pediátrica, além do feto” (M-14).

O conhecimento científico sobre a infecção pelo HIV/aids não justifica posturas equivocadas referentes a biossegurança, porém podemos depreender destas falas o sentimento de medo da infecção pelo HIV através do acidente ocupacional.

Considerando o número elevado de gestação entre adolescentes, uma preocupação manifestada pelos enfermeiros durante o trabalho do grupo focal foi a indicação de teste sorológico anti-HIV no pré-natal.

“E quando esta adolescente faz o teste de gravidez e é positivo, oferece a sorologia anti-HIV?” (E-54).

“E no caso das menores acompanhadas pela mãe? Tem que falar para a mãe o resultado” (E-22).

O parecer técnico da Rede Nacional de Direitos Humanos em HIV/Aids¹⁴, trata da idade mínima para a testagem e entrega de resultados de exame anti-HIV a menores. Inicialmente, deve-se analisar o conceito de menor, que se distingue em criança e adolescente. Segundo este parecer: criança e adolescente são etapas distintas da vida humana, tanto no aspecto psicológico, quanto no social, no jurídico e no biológico, reconhecendo-se a condição especial de pessoas em desenvolvimento. O adolescente em determinadas circunstâncias possui maturidade suficiente para formar opinião e decidir sobre assuntos que afetam sua vida e seu destino. Neste mesmo documento ainda encontramos uma referência ao art. 103 do Código de Ética Médica, que versa sobre os impedimentos médicos, entre eles o de revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais e responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente.

Com base nestas considerações legais, a realização do teste sorológico anti-HIV deverá ser um ato consciente e voluntário do adolescente, após avaliação de suas condições de discernimento pelo profissional de saúde. A entrega do resultado sorológico deverá ser de caráter confidencial e sigiloso, e somente poderá ser quebrado mediante seu consentimento.

Em geral, é na adolescência que se inicia a atividade sexual e, na maioria das vezes, a primeira relação se dá sem o uso de nenhum método de prevenção da gravidez indesejada ou das DST/HIV/aids¹⁵. A falta de informação e a falta de acesso aos métodos de prevenção são apontadas como questões cruciais para o desenvolvimento saudável da sexualidade. Pelo número significativo de gravidezes na adolescência e pela magnitude de números de casos de aids em mulheres na faixa etária entre 15 e 39 anos; por sabermos hoje que, da infecção pelo HIV até a manifestação da doença aids, passam-se em média 8 a 10 anos, faz-se urgente que profissionais de saúde se apropriem de conhecimento para o desenvolvimento de educação preventiva, principalmente para adolescentes e adultos jovens.

Na transmissão sexual do HIV, as relações de gênero, ou seja, um comportamento construído socialmente e marcado pela cultura do que é próprio do homem e do que é próprio da mulher tornam ambos mais frágeis e vulnerabilizados. A cultura machista fragiliza os homens, que são cobrados na sua virilidade e potência para provarem-se homens. Estes mesmos condicionantes de gênero apresentam a mulher submissa, criando um contexto psicossocial que dificulta a negociação do sexo seguro, tornando mulheres mais vulneráveis à infecção pelo HIV/aids, com consequente feminilização da epidemia.

Segundo relatos dos enfermeiros, pudemos apreender que as mulheres assistidas na rede pública municipal não se percebem em risco com o sexo não protegido e não se percebem vulneráveis, e quando se percebem, não encontram mecanismos internos para a redução destes riscos. Em alguns fragmentos das falas dos profissionais, o ideal de amor romântico está muito presente em nossa cultura, como percebemos nas seguintes falas:

“...tem a certeza da fidelidade...” (E-24).

“Tem a questão cultural, muito enraizada; vou me prevenir com todos, mas quando eu tiver um companheiro estável, vou me liberar; nossa cultura latina nos permite achar que o amor é tudo, não vai pegar DST, aids” (E-49).

Um outro aspecto relevante que emergiu no grupo focal dos enfermeiros foi com as dificuldades para intervirem na quebra da cadeia de transmissão da infecção pelo HIV e outras DST. Marcador indelével da discussão pareceu-nos o pouco preparo dos profissionais para lidar com assuntos da intimidade da cliente como, por exemplo, aspectos da sexualidade. Profissionais de saúde devem se envolver com esta temática tão relevante no contexto das DST e do HIV/aids. Se a população assistida ignorar os fatores biológicos que podem ser fatores predisponentes de uma DST, podemos considerar que estamos sendo negligentes nos aspectos de orientação da prevenção destas doenças. Quando se fala em sexualidade, pressupõe-se falar de intimidade, uma vez que ela está estreitamente ligada às relações afetivas¹⁶, e como falar de nossa intimidade, que pressupõe vínculo, quando estes são tão frágeis dentro do processo de trabalho vigente?

“Se a mesma continuasse o pré-natal na unidade, poderíamos estreitar os laços e acabar com a noção de ‘despachar’ a gestante HIV-positivo”(M-15).

Como os casos de infecção pelo HIV/aids normalmente são tratados em serviços especializados, neste caso, o médico deve estar ciente de que nem sempre o paciente procura imediatamente o profissional ou o serviço. Esta demora em procurar o serviço de referência normalmente acontece em virtude de o paciente não ter conseguido absorver o impacto do diagnóstico. Em decorrência deste encaminhamento, o que se observa é a não criação de vínculo com a unidade de assistência básica, tão importante no processo complementar da assistência. A quebra na possibilidade de vínculo faz com que as mulheres identificadas como anti-HIV-positivo não sejam assistidas na sua integralidade pelas unidades de saúde. Profissionais de saúde estão suscetíveis ao discurso hegemônico e científico a respeito da sexualidade, das DST e sua quebra da cadeia de transmissão, delegando a “especialistas” esta atividade básica de educação em saúde, distanciando-se da maneira como os elementos da comunidade se percebem frente às estratégias de prevenção.

Dentro do Protocolo de Oferecimento da Sorologia anti-HIV no pré-natal e na sistematização da assistência aos portadores de DST/HIV/aids nos ambulatórios de DST e aids do município de Ribeirão Preto existem referências para a quebra da cadeia de transmissão destas doenças. O profissional de saúde tendo em mãos o diagnóstico de uma DST, dentre elas a infecção pelo HIV, deverá desenvolver todo seu poder de convencimento para que o cliente faça a revelação diagnóstica à(s) sua(s) parceria(s) sexual(is). Se não obtiver sucesso nesta empreitada, os profissionais devem colocar-se à disposição para procederem juntos à revelação diagnóstica. Se, mesmo assim, não obtiverem sucesso, deverá ser feita a convocação da parceria sexual e a revelação diagnóstica. Todos estes procedimentos deverão estar rigorosamente registrados no prontuário do cliente, servindo como respaldo, respeitando-se os limites legais e éticos da quebra do sigilo profissional.

Podemos observar esta preocupação nos fragmentos das seguintes falas:

“Acho inadmissível não se colocar o parceiro a par da saúde do outro” (M-18).

“O que temos enquanto respaldo legal, para, enquanto profissionais, podermos intervir interrompendo a cadeia de transmissão?” (E-19).

“Mas e o parceiro? Ele não vem, a gente dá o remédio, mas ele não vem” (E-2).

“Resolveu a questão de não ter filho e pronto, até porque um corrimentozinho, uma gonorreia, isto trata” (E-21).

Emergiu durante o desenvolvimento do grupo focal uma preocupação com a não corresponsabilização com o processo de saúde/doença da paciente:

“A gente coloca toda a responsabilidade nas costas da cliente, eu falei, eu ofereci, mas ela é que não quis. A gente tem que resgatar nossa cidadania. O que eu sou nesse cotidiano de trabalho? Posso modificar alguma coisa?” (E-22).

A adesão da paciente ao tratamento e à vida é fundamental para o alcance de melhores resultados, a paciente deve estar ciente da importância de se dedicar ao seu próprio tratamento.

“Depois da minha avaliação no consultório eu aciono a assistente social para contatar o parceiro” (M-3).

“Oriente que ela possa ser transmissora em potencial e sugiro que use sempre o preservativo em suas relações” (M-11).

Como vimos, o discurso é técnico, superficial, mecânico. Parece-nos que as DST, entre elas a aids, expõem os limites humanos destes profissionais, obrigando-os a reconhecer sua limitação e impotência. Devolve-se à paciente a responsabilidade sobre sua saúde, enfatizando-se a necessidade que ela adote comportamentos desejáveis, por exemplo, o uso sistemático e correto do preservativo.

O fato de não haver ainda cura para a aids, aliado ao estigma e ao preconceito que ela traz, exacerbado pelo medo da infecção através de acidente ocupacional com material biológico provoca, nos profissionais de saúde, atitudes defensivas que fazem com que suas ações sejam guiadas por atos especificamente biologizantes. Nestas ações, ele acredita ter domínio da situação, não se aproximando muito da clientela, até mesmo não se vinculando, em virtude da dificuldade na abordagem.

“Com a aids é tão complicado fazer ouvir. Mas outras doenças também são difíceis, câncer, hanseníase – mas porque a aids é tão difícil assim?” (E-13).

“Cada situação dessa é muito difícil, você sai sugada, acabada” (E-22).

Além do fato de ser, até os dias de hoje, uma doença para a qual não há cura, o que desperta sentimentos como consternação, tristeza, dó e desconforto, também emergiu no grupo focal a preocupação com o medo da infecção através do atendimento ao cliente.

“Eu me cuido, ponho luva, tem muita coisa que nós estamos expostas, eu tenho o direito de saber o resultado de exame do paciente” (E-14).

“Se uma paciente tem HIV, temos que saber, para poder tratar melhor” (E-14).

Apesar de muito se ter evoluído frente ao conhecimento sobre as formas de transmissão do vírus HIV e as formas de evitá-la, o medo de contrai-la não diminuiu. A magnitude da aids trouxe em seu bojo estratégias de intervenções assistenciais e preventivas sem uma maior elaboração teórica que as explicasse, dada a urgência que se requeria no início da epidemia. Estas estratégias foram adotadas sem se avaliar o modelo assistencial vigente na saúde pública brasileira, e Ribeirão Preto não foi exceção, fez parte da regra. Estratégias estas pouco efetivas, como por exemplo, na área de prevenção, em que as orientações são voltadas basicamente para o uso do preservativo em todas as relações sexuais, sem se avaliar a dificuldade da negociação do sexo seguro, as relações de gênero, dentre outras. Na área da assistência, o enfoque se deu na necessidade do uso de equipamento de proteção individual em procedimentos com material biológico que envolva riscos, sem avaliar outros determinantes para esta prática.

Em que se pesem críticas aos ditos programas verticalizados, tão questionados por alguns estudiosos, as ações programáticas foram fundamentais para se minimizar a problemática, abrindo espaço para outros tipos de questionamento dentro do setor saúde, no que se refere à vulnerabilidade. As diretrizes estabelecidas pelo Programa Nacional de DST/Aids e as dificuldades de sua implantação ou implementação pelos programas municipais vieram a desnudar problemas relacionados ao processo de trabalho em saúde que devem ser equacionados.

Dentro dos fragmentos das falas, identificamos o núcleo temático: processo de trabalho interagindo dentro da prática do aconselhamento. A rede pública municipal tem oferecido um modo tradicional de atenção à saúde. As consultas são previamente agendadas segundo uma lógica burocrática determinada pela disponibilidade de vagas, voltadas para o procedimento individual médico centrado, com enfoque na doença, como identificamos nas falas:

“Não fazemos planejamento da ação, nossas unidades estão voltadas para a queixa-conduta” (E-49).

“Nosso trabalho não é sistemático, trabalhamos muito com o pronto-atendimento” (E-10)

“Como posso fazer o aconselhamento como é preconizado se não tenho tempo para escutar a usuária, nem mesmo me vincular a ela, tenho uma fila me esperando lá fora, nos cobram é procedimento” (M-36).

Alguns entraves foram observados para se realizar o aconselhamento, deparamo-nos com inadequações dos espaços físicos das unidades de saúde.

“Eu faço atendimento da gestante em uma sala onde a porta abre e fecha não sei quantas vezes, não tenho garantia nenhuma de privacidade. Quando não, tenho que interromper a con-

versa para atender uma urgência, sou a única enfermeira do plantão, e tem alguns procedimentos que são de competência da enfermeira” (E-11).

A grande maioria destas unidades não possui sala específica para a consulta de enfermagem. Existem as salas de pré e pós-consultas, que em decorrência do grande número de pacientes que ali são assistidos e a não preconização de um outro modo de trabalho, fica limitada à verificação de sinais vitais e anotação de queixas trazidas pela clientela no prontuário do paciente. Na pós-consulta, a ação também se limita a orientações sobre agendamento, coleta de exames e uso de medicamentos prescritos.

Percebemos que o modo de trabalho dos profissionais não é processual, suas atividades são fragmentadas, de forma descontínua, pouco planejando a ação. Quando observamos que o SUS preconiza a integralidade, por mais tímida que seja esta avaliação, já percebemos profissionais questionando colegas no desenvolver do grupo focal:

“A equipe precisa entender que o teste anti-HIV não é só uma técnica, precisamos enxergar esta mulher com tudo o que ela traz, para podermos assisti-la” (E-35).

Quando se falou em equipe, alguém questionou “que equipe?”, referindo-se ao desempenho individualizado das atividades profissionais. O trabalho em saúde é cooperativo. Enfermeiros, médicos e demais membros da equipe não devem trabalhar isoladamente, fazendo-se necessário rever as redes de relações de poder que se apresentam no desenvolvimento do processo de trabalho¹⁷.

A melhor estratégia para se diminuir a fragilidade dos profissionais de saúde e da própria instituição é a sensibilização para que se rompa com o modelo assistencial vigente e sejam protagonistas de um novo modelo assistencial, mais personificado e prazeroso. Para que haja inversão deste modelo sanitário, devemos quebrar muros, sair do espaço físico da unidade de saúde e interagir, conhecer a real necessidade de nossa comunidade, ir ao encontro do contexto social onde esta clientela está inserida, sem nos desfazermos de nosso papel profissional de agentes transformadores na área da saúde.

Dentro deste processo de reconstrução, de reorganização, os espaços coletivos de discussão devem ser priorizados, como foi este espaço do desenvolvimento do grupo focal com enfermeiros e médicos ginecologistas, para que as práticas assistenciais, neste caso, do aconselhamento, pudessem ser contextualizadas com vistas a possibilidades de mudanças.

CONCLUSÃO

Praticamente inexistem processos formais de avaliação de atividades assistenciais desenvolvidas na área da saúde. Devido à ausência de instrumentos e ferramentas de avaliação de impacto das ações de saúde, inexistem avaliações de desempenho centradas nos resultados de protocolos assistenciais. Este estudo é inovador no sentido de contextualizar o aconselhamento frente ao oferecimento da sorologia anti-HIV no pré-natal. Com a análise dos dados obtidos através do grupo focal, identificamos que o aconselhamento, conforme preconizado pela Coordenação Nacional de DST e Aids, configura-se dentro do conhecimento científico como uma estratégia ideal, porém não factível, na prática, em sua totalidade, frente ao modelo assistencial vigente. Para melhorar a qualidade da assis-

tência pré-natal, usando o aconselhamento como ferramenta, serão necessárias reflexões e análise crítica desta prática, sob a ótica da relação profissional de saúde/usuária, pelos próprios profissionais em espaços coletivos de discussão.

Constatamos que a sorologia anti-HIV está sendo oferecida a todas as mulheres gestantes atendidas na rede pública municipal, porém sem uma uniformidade na realização da ação, nem sempre precedido da prática do aconselhamento.

Detectamos dificuldades de compreensão, na prática de enfermagem, porém em maior grau, da prática médica, do espaço da prevenção das DST/HIV/aids como lugar de relevância nas atividades de pré-natal. Fica evidente a necessidade de se priorizar temas transversais como sexualidade e uso indevido de drogas na formação, na capacitação e na educação permanente dos profissionais de saúde. Planejar as ações assistenciais, de educação preventiva, é um desafio que se apresenta e precisa ser assumido para que seja refletido na mudança do modelo assistencial.

Paradoxos frequentemente são observados no campo das DST/HIV/aids quando se tem que repensar valores, crenças, adquirir embasamento técnico e aproximar-se de uma comunidade, muitas vezes em contexto de miséria, marginalidade e exclusão. Lidar com preconceitos, estigmas, tabus como sexualidade e uso de drogas, com uma doença transmissível e incurável como o caso da aids, não é uma tarefa fácil, mas necessária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Divisão de Vigilância da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. Dados provisórios acumulados. Acessados em: 01/07/2008.
2. Programa Municipal de DST/Aids. Protocolo de Oferecimento da Sorologia Anti-HIV no Pré-natal. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/progama/aids/protocolos/i16protocolos.htm>. Secretaria Municipal da Saúde. Ribeirão Preto, 1996.
3. Secretaria de Estado da Saúde. Saúde da Mulher: Diretrizes para prevenção de DST/Aids no Estado de São Paulo. São Paulo, 1996.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/Aids. Aconselhamento em DST, HIV e Aids: diretrizes e procedimentos básicos. Brasília, 1999.
5. Ayres JRC. O jovem que buscamos e o encontro que queremos ser: A vulnerabilidade como eixo de avaliação de ações preventivas do abuso de drogas, DST e aids entre crianças e adolescentes. In: Tozzi, DA. Papel da educação na ação preventiva ao abuso de drogas e às DST/aids – São Paulo: Fundação do Desenvolvimento da Educação. (Série Ideias, 29), 1998; 15-23.
6. Victora CG, Knauth DR, Hassen MNA. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.
7. André MEDA. Texto, contexto e significados: algumas questões na análise de dados qualitativos. Caderno Pesquisa, São Paulo, 1983; 45: 66-71.
8. Ximenes S. Mímidicionário Ediouro. 6ª ed. Rio de Janeiro, 1999.
9. Seidl EMF. Humanização da Assistência Obstétrica – Acolhimento da Parturiente. In: Brasil. Ministério da Saúde, Projeto Nascer – Maternidades. Brasília, 2002.
10. Santos FP. Alterações psicológicas e de qualidade de vida após a devolutiva do resultado da sorologia para o vírus da imunodeficiência humana. Mestrado – Faculdade de Filosofia da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.
11. Neves FRAL. O aconselhamento para realização da sorologia anti-HIV em gestantes: factibilidades e utopias. Mestrado – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto Nascer. Portaria 2104 de 19 de novembro de 2002. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Projeto Nascer-Maternidades e da outras providências. DOU de 21/11/2002.
13. São Paulo. Lei nº 10.449, institui a obrigatoriedade do oferecimento às gestantes do teste para detecção de anticorpos anti-HIV e da sífilis em todo pré-natal realizado pelos serviços públicos e privados no Estado de São Paulo. São Paulo: DOE de 21/12/1999.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Rede Nacional de Direitos Humanos – HIV/aids. Parecer técnico (07/05/97): Testagem em menores, consultor: Santana PP. Brasília, 1997.
15. Cromack LMF. Adolescentes e o uso do preservativo feminino. Programa de Atenção Primária: Núcleo de Estudo de Saúde do Adolescente. Rio de Janeiro: UERJ, 2002.
16. Gherpelli MHBV. A educação preventiva em sexualidade na adolescência. In: Tozzi DA. Papel da educação na ação preventiva ao abuso de drogas e às DST/aids – São Paulo: Fundação do Desenvolvimento da Educação. (Série Ideias, 29), 1998; 61-71.
17. Mishima SM, Pereira MJB, Fortuna CM, Matumoto S. Trabalhadores de saúde: problema ou possibilidade de reformulação do trabalho em saúde? – alguns aspectos do trabalho em saúde e da relação. In: Brasil. Ministério da Saúde. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudo e análise. Organizado por Falcão A. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2003; 137-156.

Endereço para correspondência:

FÁTIMA REGINA DE ALMEIDA LIMA NEVES

Avenida Dr. José Herbert Faleiros, nº 600, casa 44

Núcleo São Luís – Ribeirão Preto – São Paulo

CEP: 14098-780

Tel.: 16 3977-9332 fax: 16 3977-9334

E-mail: progaid@saude.pmrp.com.br

Recebido em: 12.02.2009

Aprovado em: 25.08.2009

MULHERES MONOGÂMICAS E SUAS PERCEPÇÕES QUANTO À VULNERABILIDADE A DST/HIV/AIDS

MONOGAMIC WOMEN AND THEIR PERCEPTIONS ABOUT THEIR VULNERABILITY TO DST/HIV/AIDS

Tatiane G Guedes¹, Escolástica Rejane F Moura², Andressa N de Paula³,

Nancy Costa de Oliveira⁴, Rebeca PR Vieira⁵

RESUMO

Introdução: o HIV/aids é considerado uma epidemia mundial e atualmente segue quatro tendências: heterossexualização, interiorização, pauperização e feminização. A mulher está especialmente vulnerável a esta epidemia, considerando suas características biológicas e anatômicas específicas, além da pressão exercida pelos parceiros, levando-as a ter um poder de escolha e de tomada de decisão nas relações afetivo-sexuais e reprodutivas, submetendo-se conscientemente a situações de risco para aquisição das DST/HIV/aids. **Objetivo:** verificar a porcentagem de DST/HIV/aids em mulheres monogâmicas, conhecer as percepções destas quanto à vulnerabilidade aos mesmos agravos e identificar fatores protetores às DST/HIV/aids no grupo estudado. **Métodos:** estudo transversal, descritivo-exploratório, realizado com 27 mulheres, em abril e maio de 2008, no ambulatório de DST/HIV/aids de um hospital universitário de Fortaleza – CE. **Resultados:** vinte e quatro (88,9%) mulheres encontravam-se na fase reprodutiva (21 a 49 anos); 16 (59,3%) tinham o ensino médio; e 14 (51,9%) não tinham renda própria, dependendo financeiramente dos seus parceiros. Sete (26,0%) não detinham conhecimento sobre as formas de transmissão das DST/HIV/aids. Somente seis (22,2%) usavam o preservativo masculino “sempre” e 26 (96,3%) afirmaram não uso de drogas injetáveis. Dezesesseis mulheres (59,2%) percebiam-se sem risco para DST/HIV/aids, sendo a justificativa mais frequente a confiança no parceiro único, com 12 (44,4%). **Conclusão:** promoção do sexo seguro junto às mulheres monogâmicas deve trazer como foco a vulnerabilidade às DST/HIV/aids, visto que essas mulheres podem estar se relacionando com um parceiro que é bigamo.

Palavras-chave: doenças sexualmente transmissíveis (DST), mulheres, percepção, vulnerabilidade

ABSTRACT

Introduction: the HIV/aids is considered as a world epidemy and it currently follows four tendencies: heterosexualization, interiorization, pauperization and feminization. The woman is especially vulnerable to this epidemy, considering its specific biological and anatomic characteristics, besides the pressure done by the partners, leading them to have a power of choice in the affective-sexual and reproductive relations, submitting themselves unconsciously to risky situations to get DST/HIV/aids. **Objectives:** to verify the percentage of DST/HIV/aids in monogamic women; to know their perceptions concerning their vulnerability to the same damages; and to identify protective factors to the DST/HIV/aids in the group studied. **Methods:** transversal, descriptive-exploratory study, conducted with 27 women, in April and May, 2008, in the first aid post of DST/HIV/aids of a University Hospital in Fortaleza-CE. **Results:** twenty-four (88.9%) women were in the reproductive phase (21 to 49 years old); 16 (59.3%) had high school; and 14 (51.9%) did not have their own salary, depending financially on their partners. Seven did not have knowledge about the ways of transmittion of DST/HIV/aids. Only six (22.2%) used the male condoms “always” and 26 (96.3%) affirmed non-use of injectable drugs. Sixteen women (59.2%) noticed themselves without risk for DST/HIV/aids, being the most frequent justification the confidence in the only partner, with 12 (44.4%). **Conclusion:** promotion of safe sex together with monogamic women should focus on the vulnerability to DST/HIV/aids, as these women might be having a relationship with a bigamist.

Keywords: sexually transmitted disease (STD), women, perception, vulnerability

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que ocorram, a cada ano, no mundo, 333 milhões de casos novos de doenças sexualmente transmissíveis (DST) curáveis, em pessoas de 15 a 49 anos. O número de casos de aids também é alarmante. Até 2004, 18 milhões de vidas já haviam sido ceifadas e 43 milhões de pessoas eram portadoras do HIV ou estavam vivendo com aids, ocorrendo, por ano, cerca de cinco milhões de novas infecções¹.

No Brasil, até 2004, 10 milhões de pessoas eram portadoras de alguma DST¹. Quanto ao HIV/aids, até junho de 2006, aproximadamente 433 mil casos haviam sido notificados desde o primeiro registrado no país, em 1980. No estado do Ceará, até maio de 2007, foram diagnosticados 7.366 casos de HIV/aids, em que 28,5% fo-

ram em mulheres². Ressalta-se que, no Brasil, apenas a sífilis congênita e a aids são DST de notificação compulsória, o que gera uma inexistência de dados fidedignos sobre a real prevalência das DST no país¹.

Na atualidade, a epidemia de HIV/aids segue quatro tendências: heterossexualização, interiorização, pauperização e feminização³. Estudo realizado com o objetivo de analisar o perfil epidemiológico da aids a partir dos casos notificados ao Ministério da Saúde, no período de 1991 a 2000, demonstrou correlação entre a ocorrência de casos de infecção por HIV/aids na população de baixa escolaridade e a pauperização da epidemia. Os resultados do mesmo estudo reconheceram a feminização da epidemia, uma tendência preocupante considerando as consequências advindas, como o aumento da morbidade e da mortalidade perinatal, a diminuição da fertilidade e o aumento da transmissão vertical⁴. A taxa de transmissão do HIV de homem para mulher é duas a três vezes maior que a da mulher para o homem, assertiva feita com base em características biológicas e anatômicas femininas⁵. A mucosa genital feminina é menos espessa, tem maior superfície de contato e é de difícil acesso para a higienização. Ademais, o sêmen contaminado pelo HIV tem maior concentração de vírus que a secreção vaginal⁶.

¹ Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará.

² Enfermeira. Prof^ª Dr^ª Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

³ Enfermeira da Estratégia Saúde da Família do município de Senador Pompeu – CE

⁴ Enfermeira da Estratégia Saúde da Família do município de Fortaleza – CE. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará.

⁵ Acadêmica do 8^o semestre de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Bolsista de iniciação científica FUNCAP/UFC.

O mesmo autor acrescenta que a vulnerabilidade feminina também está associada à opressão vivenciada por parte das mulheres com relação aos seus parceiros, tendo baixo poder sobre as escolhas e decisões nas relações afetivo-sexuais, submetendo-se conscientemente a situações de risco para a aquisição de DST/HIV/aids.

Outro fator que contribui para a feminização é o mito do relacionamento estável, que ultrapassa a crença pessoal das mulheres, atingindo, também, os profissionais de saúde, uma vez que muitos não atribuem risco de infecção às mulheres monogâmicas. Embora a monogamia seja considerada um fator de proteção a DST/HIV/aids, atribuir vulnerabilidade à contaminação apenas às mulheres com múltiplos parceiros é um equívoco, pois a mulher pode ser monogâmica, mas seu parceiro ter parceria múltipla, mantendo-a vulnerável. Estudo realizado com 25 mulheres portadoras de HIV/aids detectou que mais da metade das mulheres infectadas tinha parceria fixa ou era viúva⁷. Portanto, a monogamia é um comportamento que reduz DST/HIV/aids, mas desde que vivenciada pelo casal^{5,8,9}.

O uso regular de preservativo constitui um outro fator de proteção contra DST/HIV/aids, atitude que sofre influência da estabilidade no relacionamento, ou seja, varia conforme seja a parceria, fixa ou eventual. Na faixa etária de 15 a 54 anos, a percentagem de uso de preservativo com parceiro eventual é de 51,5% e com parceiro fixo é de 24,9%¹⁰. Essa variação é determinada pelo sentimento de confiança que se estabelece na maioria dos relacionamentos fixos. A crença de conhecimento do parceiro e da fidelidade do mesmo contribui para a despreocupação em se proteger. Em contrapartida, é atribuída à parceria eventual a desconfiança, com o uso mais frequente de preservativo.

OBJETIVO

Em face ao exposto, decidiu-se pela realização do presente estudo com o objetivo de verificar a porcentagem de DST/HIV/aids em mulheres monogâmicas, conhecer percepções destas quanto à vulnerabilidade aos mesmos agravos e identificar fatores protetores a DST/HIV/aids no grupo estudado.

MÉTODOS

Estudo transversal, descritivo-exploratório realizado em ambulatório de DST/HIV/aids de um hospital Universitário do Sistema Único de Saúde de Fortaleza – CE. A amostra foi constituída por mulheres em acompanhamento para DST/HIV/aids com idade de 18 anos ou mais, que tinham vida sexual ativa, eram monogâmicas e frequentavam o referido serviço no período definido para a coleta de dados, ou seja, abril e maio de 2008. Para este estudo, a monogamia foi definida como sendo ter um único parceiro sexual nos últimos 12 meses.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista estruturada aplicada a todas as mulheres atendidas no período predeterminado e que se incluíram nos critérios estabelecidos, todavia a amostra ficou restrita (n = 27) ao curto período dedicado à coleta de dados, pelo fato de este trabalho constituir um estudo de monografia, com tempo predefinido para a conclusão, o que reconhecemos como um fator limitante do estudo.

Os dados quantitativos foram organizados em tabelas, contendo frequência absoluta e relativa e receberam tratamento estatístico

univariado. Depoimentos significativos das participantes, para cada um dos objetivos, foram recortados e apresentados para ilustrar e fortalecer a interpretação dada pelos autores aos resultados.

Foram seguidas as recomendações da Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (COMEPE), obtendo parecer favorável conforme protocolo nº 015/08. As participantes, após serem informadas sobre os objetivos da pesquisa e seus aspectos gerais, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordando em participar voluntariamente do estudo, sendo-lhes dada a garantia do seu anonimato e o direito às informações acerca da pesquisa.

RESULTADOS

De acordo com a **Tabela 1**, a idade das participantes variou dos 21 aos 67 anos, com predomínio da faixa dos 21 aos 49 anos, correspondendo a 24 (88,9%) das participantes em plena idade reprodutiva. A maior escolaridade encontrada no grupo foi o ensino médio, com 16 (59,3%). Além disso, 14 (51,9%) afirmaram não contribuir diretamente na renda familiar, dependendo financeiramente dos parceiros.

Tabela 1 – Distribuição do número de mulheres monogâmicas segundo características demográficas e socioeconômicas. Ambulatório de DST/HIV/aids – HUWC, abril-maio de 2008, Fortaleza-CE.

Características Demográficas e Socioeconômicas (n = 27)	n	%
Idade (em anos)		
21-49	24	88,9
50-60	2	7,4
61-67	1	3,7
Escolaridade		
Sabe ler e escrever	1	3,7
Ensino fundamental	10	37,0
Ensino médio	16	59,3
Renda gerada pela mulher (em salário mínimo)		
Sem renda	14	51,9
Até 2	12	44,4
Mais de 2	1	3,7

A **Tabela 2** mostra que sete (26,0%) das mulheres não detinham conhecimento sobre as formas de transmissão de DST/HIV/aids antes de serem acometidas por uma ou mais das respectivas patologias. Apesar de não constar na **Tabela 2**, destaca-se que três (11,1%) das entrevistadas, no momento da pesquisa, recebiam acompanhamento de DST recorrente. HIV/aids, sífilis e HPV foram as DST mais frequentes no grupo pesquisado, sobressaindo HIV/aids.

Conforme a **Tabela 3**, das 14 mulheres cujos parceiros usavam o preservativo masculino, oito (57,2%) usavam “às vezes”, mantendo-se, pois, em vulnerabilidade a DST/HIV/aids. O não uso de drogas injetáveis como fator protetor a DST/HIV/aids mostrou-se elevado, confirmado por 26 (96,3%) das participantes, que incluíram seus parceiros no mesmo comportamento.

Tabela 2 – Distribuição do número de mulheres monogâmicas segundo o conhecimento sobre as formas de transmissão de DST/HIV/aids e o histórico pessoal dessas patologias. Ambulatório de DST/HIV/aids – HUWC, abril-maio de 2008, Fortaleza – CE.

Variáveis (n = 27)	n	%
Ter conhecimento sobre as formas de transmissão de DST/HIV/aids		
Sim	20	74,0
Não	7	26,0
Histórico pessoal de DST		
HIV/aids	10	37,0
Sífilis	8	29,7
HPV	3	11,1
Herpes genital	2	7,4
Tricomoníase e candidíase	2	7,4
Hepatite C	1	3,7
HIV/aids e herpes genital	1	3,7

Tabela 3 – Distribuição do número de mulheres monogâmicas de acordo com fatores de proteção para DST/HIV/aids. Ambulatório de DST/HIV/aids – HUWC, abril-maio de 2008, Fortaleza – CE.

Variáveis	n	%
Tempo de parceria fixa (n = 27)		
3 meses a 6 anos	14	51,9
6 a 11 anos	6	22,2
12 a 17 anos	4	14,8
18 a 25 anos	3	11,1
Uso de preservativo (n = 15)	14	51,8
Sempre	6	46,7
Às vezes	8	53,3
Não uso de drogas injetáveis pela mulher ou pelo parceiro (n = 26)	26	96,3

A **Tabela 4** revela que o número de mulheres com parceiros utilizando preservativo masculino “sempre” passou de cinco (35,7%) para 12 (75%) após o acometimento da mulher por DST/HIV/aids, reduzindo, obviamente, o número de mulheres com parceiros utilizando o mesmo método “às vezes”, passando de nove (64,3%) para 4 (25%). Esse achado nos fez questionar: seria o acometimento por DST/HIV/aids um fator que fortalece o poder de negociação das mulheres para que seus parceiros adotem o uso de preservativo? Essa adesão seria temporal? Deixamos essas reflexões para que estudos futuros possam explorá-las.

É importante destacar que parte das mulheres passou a adotar outras medidas protetoras a DST/HIV/aids após o diagnóstico pessoal de uma destas patologias, como três (11,1%) reduziram o número de relações com o companheiro e duas (4,7%) optaram pela abstinência sexual. Ainda, 12 mulheres não apresentaram nenhuma mudança de comportamento após o diagnóstico de uma DST, relatando justificativas como: antes já mantinha o uso da camisinha em todas as relações, já não tinha relação sexual com o companheiro; ou mesmo não a interessava mudar de comportamento.

Na **Tabela 5**, referente à autoavaliação da vulnerabilidade, foram adotados os parâmetros: sem risco, baixo risco, alto risco e

Tabela 4 – Distribuição do número de mulheres monogâmicas com DST/HIV/aids conforme uso de preservativo masculino antes e depois de ser acometidas por algumas dessas patologias. Ambulatório de DST/HIV/aids - HUWC, abril-maio de 2008, Fortaleza-CE

Variáveis	Antes de ter DST/HIV/aids (n = 14)		Depois de ter DST/HIV/aids (n = 16)	
	n	%	n	%
Uso do preservativo				
Sempre	5	35,7	12	75,0
Às vezes	9	64,3	4	25,0

muito alto risco. Nenhuma das mulheres do presente estudo considerou que seu comportamento era de muito alto risco para DST/HIV/aids. Significativa parcela das mulheres, ou seja, 16 (59,2%), não se percebia em risco, porém o fato de estarem com diagnóstico de DST/HIV/aids assegura que as mesmas estavam expostas ao risco. As outras 12 (44,4%) admitiram ter algum risco, sendo que seis (22,2%) se autoavaliaram com baixo risco e outras seis, em alto risco. Entre as 16 (59,2%) mulheres que se autoavaliaram sem risco, 12 (44,4%) justificaram pela confiança no parceiro e entre as seis (22,2%) que se autoavaliaram em alto risco, a desconfiança no parceiro.

Tabela 5 – Distribuição do número de mulheres monogâmicas quanto à percepção de vulnerabilidade a DST/HIV/aids. Ambulatório de DST/HIV/aids – HUWC, abril-maio de 2008, Fortaleza – CE

Autoavaliação (n = 27)	n	%
Sem risco		
Confiança no parceiro	16	59,2
Relacionamento com pessoas saudáveis	12	44,4
Parceiro com idade avançada	1	3,7
Pensar que as DST são doenças de famosos	1	3,7
Baixo risco		
Uso do preservativo	5	18,5
Pouco tempo de relacionamento	3	11,1
Número reduzido de relações sexuais	1	3,7
Alto risco		
Desconfiança/infidelidade do parceiro	6	22,2
	6	22,2

DISCUSSÃO

Estudo realizado em Campinas-SP, com 249 mulheres, ressaltou as implicações das DST na faixa etária reprodutiva, sendo responsáveis, em parte, por diminuição ou perda da fertilidade, aumento da morbidade e da mortalidade perinatal e materna, neoplasias de colo uterino, vulva, vagina, até o óbito. Essas implicações podem ser uma ameaça para 24 (88,9%) das mulheres participantes da nossa pesquisa, que estavam com DST/HIV/aids em plena idade reprodutiva. Outro aspecto que merece discussão diz respeito a uma mulher com DST aos 67 anos, uma vez que a sexualidade entre os idosos é considerada ausente no senso comum e até mesmo por parte de profissionais da saúde¹¹, condição que deve ser revista, marcadamente, pelos profissionais que lidam com a clientela nessa faixa etária. Quer dizer, é preciso que tanto os profissionais de saúde quanto a população superem o mito de que a atividade sexual não ocorre na terceira idade ou de que essa faixa etária está livre

de DST/HIS/aids. Ademais, afirma-se que mulheres mais jovens detêm maior conhecimento sobre DST/HIV/aids, comparadas às mulheres com idade mais avançada¹⁰, o que corrobora o depoimento da participante 20, de 67 anos: “Antigamente ninguém ouvia falar nisso [referindo-se às DST]”. Uma outra participante que se autoavaliou sem risco para as DST/HIV/aids justificou sua resposta pelo fato de seu parceiro “ter idade avançada”.

Pesquisas afirmam que quanto menor a escolaridade, maior a prevalência de DST^{4,8,12}. Entretanto, no grupo investigado, a escolaridade mostrou-se relativamente elevada, contrariando, portanto, a assertiva comumente propagada na literatura científica, de que há associação direta entre DST e baixa escolaridade. Esse resultado, todavia, pode ser justificado no tamanho reduzido da amostra, não permitindo maior inferência, até porque não realizamos testes estatísticos de associação entre variáveis.

O diagnóstico de determinada DST ou da soropositividade para o HIV pode influenciar a condição de trabalho da pessoa acometida. A esse respeito, a participante 14, de 40 anos revelou: “Descobri que tinha o HIV há 3 anos, e com esse atual parceiro estou há pouco tempo, mas ele não sabe que eu tenho a infecção. Eu não conto porque se ele me deixar não tenho como me manter e depois que descobri “isso” [a soropositividade] não tenho coragem de trabalhar”. Portanto, o medo de afirmar que é portadora do HIV acentua sua dependência financeira com relação ao companheiro, pois o diagnóstico do HIV a afasta do trabalho. Com o medo de assumir a soropositividade e não ser aceito socialmente, o indivíduo portador do HIV vive, muitas vezes, a redução de seus atributos e a impossibilidade de se relacionar social e profissionalmente¹³.

É importante destacar que o trabalho doméstico é uma forma indireta de a mulher contribuir com a renda familiar, no entanto, esta não tem a percepção do valor de sua árdua tarefa cotidiana. Estudo defende que o trabalho domiciliário influencia diretamente no orçamento familiar, na medida em que a mulher administra os bens adquiridos¹⁴. A dependência econômica das mulheres contribui para as relações desiguais de poder entre os gêneros e, por consequência, seu poder de negociação com o parceiro, na proteção contra as DST, mostra-se reduzido⁸.

Mesmo nos dias atuais, com os meios de comunicação em massa propagando as formas de proteção a tais agravos e com o assunto sendo discutido mais abertamente por escolas, serviços de saúde e outras instituições afins, ainda persistem pessoas carentes dessas informações. A participante 5, de 27 anos, enfatizou: “Eu não tinha conhecimento mesmo [referindo-se às DST], por isso não podia nem imaginar. Estudo realizado com 90 adolescentes revelou que a maior parte desconhecia a sífilis, o herpes genital, a gonorreia e o HPV, apesar de representarem as mais comuns dentre as DST¹⁵”.

Em face ao exposto, é relevante que a atenção básica de saúde invista nessa área do cuidado, no sentido de adotar medidas sistêmicas de educação em saúde voltadas a essa temática, abrindo espaço para que o indivíduo, a família e a comunidade tenham acesso às informações adequadas para a adoção de práticas de sexo seguro, exercendo a corresponsabilidade na prevenção e no enfrentamento das DST.

Sobre a ocorrência das DST no grupo pesquisado, questiona-se: quais medidas os serviços de saúde que lidam com essa área do

cuidado têm adotado para amenizar esse desfecho? Nesse contexto, sugerimos que outros estudos possam ser desenvolvidos para esse objeto de estudo. É importante que as informações acerca das DST sejam oferecidas às pessoas saudáveis, como também às que já foram acometidas, tanto para uma futura proteção quanto para interromper a cadeia de transmissão dessas patologias.

A maior frequência de casos de HIV/aids, sobressaindo-se das demais DST, no grupo estudado, pode estar associada ao local do estudo, o qual corresponde a uma unidade de referência para o seguimento de tais pacientes. Portanto, não se pode inferir que esta seja a DST mais prevalente. Em âmbito nacional, todavia, as DST de maior incidência são a clamídia e a gonorreia¹⁶.

É necessário não apenas propagar o uso do preservativo masculino, mas propagar o uso deste em todas as relações sexuais, visto que em qualquer relação os riscos de contrair alguma DST/HIV/aids estão presentes. O não uso de drogas injetáveis foi praticamente unânime, o que confere uma boa proteção ao HIV/aids e à hepatite B, DST que poderiam ser contraídas por essa prática. Esse achado não pode ser generalizado, devido ao tamanho reduzido da amostra. Embora seja atribuído um alto risco de contaminação por DST/HIV/aids aos usuários de drogas injetáveis, há uma redução de danos e da prevalência de infecção pelo HIV nesse grupo, nos últimos 10 anos¹⁷.

O fato de as mulheres manterem relações sexuais sem uso de preservativo masculino pelos parceiros, pode, em parte, ser justificado pela confiança e a intimidade construídas ao longo dos anos de convívio, e até mesmo pelo comodismo adquirido pelo casal em seus hábitos sexuais. A mulher confia na sua monogamia, porém esse é um comportamento a ser praticado pelo casal, pois a segurança de um não assegura a do outro, embora muitas mulheres pensem assim, como a participante 11, de 35 anos: “Eu não me relaciono com outros homens e eu acredito também que ele [referindo-se ao parceiro] não tenha nada fora de casa [referindo-se a outros relacionamentos].” Por tantas outras mulheres terem a mesma percepção, as atividades de promoção de saúde sexual e reprodutiva devem ser voltadas para o casal, alertando sobre os riscos de infecção e promovendo mudanças nas atitudes de ambos, como a de respeito e proteção pela pessoa que ama ou que se relaciona.

A monogamia é considerada um fator de proteção a DST/HIV/aids, uma vez que diminui a exposição a uma multiplicidade de parceiros, reduzindo as chances de contaminação. Quanto maior o tempo de convivência, maior a intimidade para uma negociação aberta à proteção contra as DST, como também se pode pensar que, quanto maior esse tempo, maior o sentimento de confiança e o abandono das medidas de proteção.

As mulheres que referiram alguma mudança no seu comportamento após o advento de DST/HIV/aids citaram, em sua maioria, o uso do preservativo. Como a respondente 9, de 32 anos, pronunciou: “Antes eu não usava, mas agora eu uso a camisinha”.

O uso do preservativo masculino em todas as relações sexuais é extremamente importante, pois a proteção contra DST/HIV/aids é bem maior quando usado sempre, consciência conquistada por poucas das mulheres após o diagnóstico de uma DST, seja pelas que anteriormente não usavam ou pelas que não usavam em todas as relações, dentre as quais se destaca a fala da participante 7, de

29 anos: “Agora me previno mais. Antes eu usava a camisinha, às vezes. Agora sempre uso”.

Embora tenha sido a adoção do preservativo masculino a proteção mais citada, é importante destacar que parte das mulheres passou a adotar outras medidas protetoras como: três (11,1%) reduziram o número de relações com o companheiro e duas (7,4%) optaram pela abstinência sexual. Tais modificações são observadas nas falas da participante 17, de 49 anos: “Descobri, fazem 5 anos [referindo-se ao diagnóstico de HIV], e desde que soube não tive mais nada [referindo-se à relação sexual]”; e da participante 15, de 41 anos: “Eu não tenho mais relação com ele e se eu for ter um dia vou usar a camisinha”.

Parte das mulheres não comunica aos seus companheiros o diagnóstico de DST/HIV/aids e nega a possibilidade de o parceiro apresentar a patologia, pela baixa compreensão acerca do mecanismo de transmissão das doenças, bem como os casos assintomáticos que podem estar acometendo os parceiros. Essa situação representa um dos maiores desafios à quebra da cadeia de transmissão. Sentimento exposto pela respondente 8, de 31 anos, que revelou essa realidade: “Meu marido não sabe que eu estou com DST, aí eu evito ter relação com ele porque tenho medo de passar pra ele, sabe? Ele não está sentindo nada, está todo limpinho [...]”.

A percepção de risco quanto a adquirir uma DST envolve questões como o conhecimento acerca das DST, dos meios de transmissão e das variadas formas de como esse conhecimento chega às pessoas e é assimilado. A principal justificativa dada pelas participantes para se autoavaliarem como “sem risco” para as DST/HIV/aids foi a confiança no parceiro. Nesse contexto, a respondente 22, de 31 anos, afirmou: “Achava que não [referindo-se ao risco para DST], eu tinha uma pessoa só, confiava nele” e a 19, de 53 anos: “Eu confiava nele, só tinha ele!” Corroborando as falas, autores afirmam que as mulheres que acreditam na fidelidade de seus companheiros não se percebem em risco para as DST¹⁸.

O relacionamento com parceiro saudável e pensar nas DST como doença de pessoas famosas como condição protetora contra DST/HIV/aids foram comentados pela participante 17, de 49 anos: “Sempre me relacionei com pessoas saudáveis, todos eram fortes, nenhum magro, e quando tem doença fica magro, né?” e pela participante 10, de 34 anos, respectivamente: “Sempre via esses casos na televisão e achei que só acontecia nesses atores, pessoas famosas”. Destacamos, ainda, a mulher que justificou não se perceber em risco devido à idade avançada do companheiro, descartando a possibilidade de o mesmo manter relações extraconjugais, sobre o que se chama a atenção para a tendência crescente de HIV/aids entre os idosos.

Estudo descritivo realizado com 635 mulheres afirmou que a autoavaliação “sem risco” quanto à vulnerabilidade para as DST está associada, provavelmente, ao pouco conhecimento que as mulheres possuem sobre as referidas doenças e suas formas de transmissão, mesmo sendo monogâmicas⁹.

Considerar-se em baixo risco para a aquisição de uma DST foi atribuído ao uso do preservativo, o que, provavelmente, as respondentes avaliaram na perspectiva de não utilizarem sempre ou mesmo por serem conhecedoras de que o preservativo não é 100% eficaz. As demais justificativas são preocupantes, pois reduzir o

número de relações e ter um tempo de relacionamento curto não previne DST.

A autoavaliação em alto risco foi totalmente atribuída à desconfiança no parceiro, aspecto enfatizado pela participante 13, de 38 anos: “Apesar de confiar nele, com homem nunca se sabe”. Aparentemente, a desconfiança desperta uma percepção maior ao risco, assim como a certeza da infidelidade induz uma percepção de risco acentuada, como especifica a respondente 15, de 41 anos: “Eu acho que é alto [referindo-se ao risco]. Meu marido teve relações fora de casa”.

É nesse contexto que a educação em saúde constitui ferramenta decisiva à promoção de hábitos sexuais seguros, pois a conscientização da vulnerabilidade incentivar a proteção. As mulheres monogâmicas provavelmente encontram estabilidade no relacionamento que, geralmente, atribui-lhes uma segurança e, assim, não se percebem em risco. É difícil o questionamento sobre o risco de infecção por uma DST mediante um relacionamento estável.

CONCLUSÃO

O desconhecimento das formas de transmissão das DST/HIV/aids caracterizou o grupo estudado, e um fato preocupante sob o ponto de vista dos serviços de saúde foi o de mulheres com DST recorrente, portanto que tiveram tratamento anterior concluído, sem o conhecimento e a motivação necessários à proteção. A parceria fixa foi determinada pela maioria como fator de proteção. O uso do preservativo em todas as relações foi baixo e quase metade das respondentes afirmou não fazer uso. Praticamente 100% não faziam uso de drogas injetáveis, conferindo ao grupo um fator de boa proteção contra as DST/HIV/aids.

Menos de um terço das mulheres mudaram seus hábitos sexuais após o diagnóstico de DST, apontando que mesmo com o acometimento da doença, essas mulheres não estão adotando uma prática sexual segura.

Sugerimos, pois, que os profissionais de saúde envolvidos com essa área do cuidado estejam sensíveis à percepção dessa população quanto à vulnerabilidade às DST e promovam a adoção de comportamentos sexuais seguros, afirmando que, mesmo sendo monogâmicas, o uso do preservativo é necessário para evitar DST/HIV/aids.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde (BR). Manual de Orientação DST/Aids [página na Internet]. 2004. Disponível em: <http://floraldo.sites.uol.com.br/manual-dststids.pdf> Acessado em: 18/08/2007.
2. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Informe Epidemiológico – Aids [página na Internet]. 2007 Disponível em: http://www.saude.ce.gov.br/internet/publicacoes/informestecnicos/Info_Epi_AIDS_-_jun2007.pdf Acessado em: 22/10/2008.
3. Ministério da Saúde (BR). Manual de Metas para o controle da aids de 2003-2006. Brasília (DF); 2006.
4. Rodrigues Junior AL, Castilho EA. A epidemia de AIDS no Brasil, 1991-2000: descrição espaço-temporal. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical [periódico na Internet]. 2004 Jul - Ago; [cerca de 6 telas]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v37n4/21185.pdf> Acessado em: 18/08/2007.
5. Downs AM, De Vincenzi, I. European study group in heterosexual transmission of HIV: probabiliterosexual transmission of HIV: relationship

- to number of unprotected sexual contacts. *J. Acquir Immune Defic Syndr* 1996; 11: 388-95.
6. Lisboa RCM, Souza GA. A mulher na História: inserção social, sexualidade e maternidade. *Revista de Ciências da Saúde da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA* 2002; a.2, n.1.
 7. Vermelho LL, Barbosa RHS, Nogueira AS. Mulheres com Aids: desvendando história de risco. *Caderno de Saúde Pública* [periódico na Internet]. 1999 Jun. 15(2): [cerca de 11 telas]. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v15n2/0321.pdf> Acessado em: 15/11/2007.
 8. Silveira MF, Béria JU, Horta BL, Tomasi E. Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e Aids em mulheres. *Revista de Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2002 Dez. 36(6): [cerca de 8 telas]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n6/13520.pdf> Acessado em: 18/08/2007.
 9. Jiménez AL, Gotlieb SLD, Hardy E, Zaneveld LJD. Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis em mulheres: associação com variáveis sócio-econômicas e demográficas. *Caderno de Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2001 Fev; 17(1): [cerca de 8 telas]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n1/4060.pdf> Acessado em: 20/08/2007.
 10. Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional de DST Aids. MONITORAIDS. Disponível em: <http://sistemas.aids.gov.br/monitoraids2/> Acessado em: 15/11/2007.
 11. Bahamondes LG, Cupertino CV. Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres brasileiras atendidas pela rede básica de saúde com relação às doenças de transmissão sexual. *Caderno de Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2000; 16(1): [cerca de 10 telas]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v16s1/2216.pdf> Acessado em: 01/09/2007.
 12. Brito AM, Castilho EA, Szwarcwald CL. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* [periódico na Internet]. 2001 Mar – Abr; 34(2): [cerca de 11 telas]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v34n2/a10v34n2.pdf> Acessado em: 10/06/2008.
 13. Discacciati JAC, Vilaça EL. Atendimento odontológico ao portador do HIV: medo, preconceito e ética profissional. *Revista Panamericana de Salud Pública* [periódico na Internet]. 2001 Abr [citado 2008 Jun 09]; 9(4): [cerca de 6 telas]. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v9n4/4819.pdf> Acessado em: 09/06/2008.
 14. Paulilo MIS. Trabalho familiar: uma categoria esquecida de análise. *Revista Estudos Feministas* [periódico na Internet]. 2004 Abr. 12(1): [cerca de 24 telas]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v12n1/21700.pdf> Acessado em: 10/06/2008.
 15. Doreto DT, Vieira EM. O conhecimento sobre doenças sexualmente transmissíveis entre adolescentes de baixa renda em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Caderno de Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2007 Out; 23(10): [cerca de 5 telas]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n10/26.pdf> Acessado em: 09/06/2007.
 16. Ministério da Saúde (BR). DST em números [página na Internet]. Programa Nacional de DST/Aids; 2003. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISD1F318A3PTBRIE.htm> Acessado em: 13/06/2008.
 17. Ministério da Saúde (BR). A contribuição dos Estudos Multicêntricos frente à Epidemia de HIV/Aids entre UDI no Brasil [página na Internet]. Brasília (DF); 2006.d. Disponível em: www.aids.gov.br Acessado em: 10/06/2008.
 18. Praça NS, Latorre MRDO, Hearst N. Fatores associados à percepção de risco de infecção pelo HIV por puérperas internadas *Rev. Saúde Pública* 2003; 37 (5): 543-551.

Endereço para correspondência:**TATIANE GOMES GUEDES**

Rua Ciro Monteiro, 264, apto. 403

Cambeba – Fortaleza – CE

CEP: 60822-285

Tel.: 85 8786-6460

E-mail: tatiguedes@yahoo.com.br

Recebido em: 20.04.2009

Aprovado em: 23.08.2009

EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE DST/AIDS COM ADOLESCENTES DE UMA ESCOLA PÚBLICA, UTILIZANDO A TECNOLOGIA EDUCACIONAL COMO INSTRUMENTO

EDUCATION IN HEALTH ON DST/AIDS WITH ADOLESCENTS OF A PUBLIC SCHOOL, USING THE EDUCATIONAL TECHNOLOGY AS INSTRUMENT

Valesca Mara de B Camilo¹, Francisca Lidiane S Freitas², Valéria M Cunha², Renata Kelly S de Castro², Maria do Socorro M Sherlock³, Patrícia Neyva da C Pinheiro⁴, Neiva Francenely C Vieira⁵

RESUMO

Introdução: a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) vem crescendo entre os adolescentes, os quais passaram a ser vistos como um grupo de alta vulnerabilidade à contaminação. **Objetivo:** o estudo objetivou relatar a experiência de oficinas sobre sexualidade com adolescentes utilizando a tecnologia educacional como instrumento; investigar o conhecimento, atitudes e práticas a respeito de sexualidade e contracepção; fornecer informações sobre as principais DST/aids, esclarecendo dúvidas, mitos e curiosidades. **Métodos:** estudo descritivo e qualitativo, realizado no primeiro semestre de 2007 com 26 alunos na faixa etária de 13 a 18 anos em uma escola pública de Fortaleza – CE. **Resultados:** o estudo revelou que os adolescentes envolveram-se nas atividades sem receios, participando ativamente das atividades. **Conclusão:** embora a maioria dos participantes procure informações sobre sexualidade, seus conhecimentos acerca das DST/aids e contracepção são inadequados, carregados de tabus. Dessa forma, portanto, torna-se imprescindível a implementação efetiva de programas educacionais nas escolas, enfocando a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis. A experiência estimulou o trabalho em equipe e facilitou o desenvolvendo de habilidades voltadas para ações de educação em saúde.

Palavras-chave: adolescente, aids, DST, educação em saúde e tecnologia educacional

ABSTRACT

Introduction: the infection by the human immunodeficiency virus (HIV) is growing among adolescents, whom are now seen as a group of high vulnerability to contamination. **Objective:** the study aimed to tell the experience of workshops about sexuality with adolescents using the educational technology as instrument; to investigate the knowledge, attitudes and practices regarding sexuality, contraception; to provide information on the main STD/aids, clearing doubts, myths and curiosities. **Methods:** descriptive and qualitative study, made in the 1st semester of 2007 with 26 students in the age group from 13 to 18 years in a state school in Fortaleza-CE. **Results:** the study revealed that the adolescents got involved in the activities without fear, participating actively of the activities. **Conclusion:** although most of the participants seek information about sexuality, their knowledge concerning STD/aids and contraception are inadequate, full of taboos. This way, therefore, it becomes indispensable the effective implementation of educational programs in schools, focusing on the prevention and the control of sexually transmitted diseases. The experience stimulated the teamwork and promoted the development of abilities related to actions in health education.

Keywords: adolescent, aids, sexually transmitted diseases (STD), health education and educational technology

INTRODUÇÃO

Atualmente, a infecção do vírus da imunodeficiência humana (HIV) vem crescendo entre os adolescentes. Segundo dados do Ministério da Saúde (MS), 11,8 milhões de jovens de 15 a 24 anos vivem com HIV/aids no mundo, a cada dia cerca de seis mil jovens, nessa faixa etária, infectam-se com o vírus e mais de 70% dos casos de aids são de indivíduos entre 20 e 39 anos, havendo parcela contraído o vírus na adolescência¹.

Estudos mostram que os adolescentes são vistos como um grupo de alta vulnerabilidade ao HIV, questionando a necessidade de intervenções comportamentais que possibilitem o controle da infecção².

A adolescência é a fase de transição entre a infância e a vida adulta, caracterizada por mudanças físicas, psicológicas, sociais e comportamentais. Nesse período, o jovem busca independência e autonomia, procurando o reconhecimento de si mesmo e do outro. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a adolescência como o período compreendido entre 10 e 19 anos, ou a segunda década da vida³. Já de acordo com o Decreto-Lei 8.069, de 13 de julho de 1990, que criou o Estatuto da Criança e do Adolescente, adolescentes estão entre 12 e 18 anos de idade⁴.

O adolescente vivencia descobertas e busca adaptação às mudanças e ajuste emocional com a sexualidade. Estabelecimento de identidade, tomada de decisões, desenvolvimento de habilidades cognitivas de adulto, pressão de colegas, modificações fisiológicas e emocionais, bem como expectativas da sociedade têm contribuído para o início precoce das experiências sexuais⁵.

O MS estima que, a cada ano, um contingente de quatro milhões de jovens tornam-se sexualmente ativos, no Brasil, e a gravidez, em jovens entre 10 e 19 anos, vem aumentando, como também doenças sexualmente transmissíveis e o consumo de drogas¹. Dessa forma, fica melhor a compreensão por qual motivo os jovens brasileiros são, cada vez em maior número, vulneráveis à infecção do HIV/aids.

¹ Graduada em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará – UFC.

² Graduada em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará – UFC

³ Mestre em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

⁴ Professora Doutora do Departamento de Enfermagem e do Curso de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará – UFC.

⁵ Professora Doutora do Departamento de Enfermagem e do Curso de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará – UFC. Pesquisa do Projeto: A Tecnologia Educacional e os Modelos de Educação em Saúde nas Ações de Enfermagem e Promoção da Saúde/ CNPq Processo: 409365/2006-8.

É importante ressaltar que adolescentes e jovens portadores de HIV adquiriram o vírus da própria mãe, pela transmissão vertical, durante a gestação, ou no aleitamento materno, podendo ser justificado pelo uso recente da terapia antirretroviral em gestantes¹.

Neste cenário, justifica-se a necessidade de ações educativas voltadas para os adolescentes, enfocando a prevenção e o controle de doenças sexualmente transmissíveis. No processo, têm-se, como referencial teórico, as tecnologias de educação em saúde. As tecnologias, como forma de aprendizagem, são recursos com características de acessibilidade e reusabilidade, ou seja, os mesmos recursos físicos e materiais do processo de ensinar são ferramentas auxiliares à inovação do ensino-aprendizagem⁶.

A inovação, no conteúdo e na metodologia de ensino, reflete novas formas de ler, escrever, pensar e agir⁷. E, para amplo e bom uso das tecnologias de educação em saúde, é preciso orientação, estímulo, vontade, liderança, comprometimento, compartilhamento de visões, planejamento e capacidade de assimilação de inovações⁶.

Nisso se utilizou a oficina como estratégia de construção da tecnologia educativa, definida como espaço de trocas de ideias e valores, proporcionando autorreflexão sobre questões sexuais, necessária à ruptura do indivíduo com a alienação do mundo social, que perpassa a condição individual⁸.

Estudos de adolescentes e adultos que envolvem questões de sexualidade mostram a importância da educação do ser humano, haja vista mitos, preconceitos e fantasias do assunto. Nesse sentido, torna-se necessária a estratégia de trabalho de profissionais da saúde para sensibilização de jovens, despertando interesses e curiosidades, pelas práticas educativas, dinâmicas interativas, como as oficinas de grupo⁹.

Este estudo norteia-se pelos seguintes objetivos: relatar a experiência de oficinas sobre orientação sexual com adolescentes de escola pública, com tecnologia educacional; investigar o conhecimento, as atitudes e práticas dos adolescentes acerca de sexualidade, contracepção, e fornecer aos adolescentes informações das principais doenças sexualmente transmissíveis (DST) e aids, esclarecendo dúvidas, mitos e curiosidades.

MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo com abordagem qualitativa. O estudo qualitativo é capaz de responder a questões muito particulares, uma vez que trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes da população, o que corresponde ao espaço mais profundo de relações, processos e fenômenos¹⁰.

Resultou de atividades do Projeto de Extensão Aids – Educação e Prevenção, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, de acadêmicas de enfermagem, com o desafio de coordenar oficinas educativas sobre temáticas de saúde sexual, em escola pública de ensino fundamental e médio de Fortaleza, Ceará, de abril a junho de 2007.

Submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, este estudo segue as normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Con-

selho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 251 de 07 de agosto de 1997, publicada no Diário Oficial em 16 de outubro de 1996, e foi aprovado na reunião do dia 11 de janeiro de 2007 sob o número de protocolo 08/07.

Participaram da pesquisa alunos de ambos os sexos, entre 13 e 18 anos. Realizaram-se seis oficinas, com 22 alunos, em média, durante uma hora, à tarde, no horário regular das aulas.

Como estratégia utilizaram-se as oficinas tendo como princípio a tecnologia educacional, que favorece o compartilhamento de conteúdos relativos de prevenção de DST e aids, utilização de materiais educativos, além de atividades grupais e participativas do público jovem. Para alcance dos objetivos, foram utilizados como instrumentos de coleta de dados: gincanas, discussão em grupo, músicas, exibição de filme, atividades de recorte e colagem, bem como observação participante que possibilitou contato pessoal e interativo com os colaboradores do estudo.

As atividades foram registradas por meio de fotografias, recorte, colagem, desenhos e escrita. Além disso, as falas dos participantes foram anotadas em diário de campo, para ilustrar a percepção, o conhecimento e a compreensão dos adolescentes acerca dos temas abordados. A análise e a discussão dos dados fizeram-se pela descrição das oficinas, referidas as atividades, os objetivos e resultados alcançados.

RESULTADOS

A esta altura detalha-se a experiência vivenciada com os alunos participantes das oficinas. O relato enfatiza os temas abordados em encontros que serviram de embasamento para a condução do grupo, direcionando-o a uma mudança de comportamento, no sentido de promover a saúde sexual dos adolescentes.

Apresentando o Projeto Aids: Educação e Prevenção

No primeiro contato, os coordenadores de grupo apresentaram o projeto com os objetivos estabelecendo o compromisso de participação dos alunos. Assim, nas oficinas havia lista de frequência. Em seguida, fez-se o acolhimento com a técnica do “novelo de lã”, escolhida pela vivência das acadêmicas da disciplina de coordenação de grupos, como forma de apresentação, interação e dinamismo. À medida que o novelo de lã é jogado, cada aluno, aleatoriamente, apresenta-se, dizendo como gostaria de ser chamado, as expectativas das oficinas e o que gostaria de aprender, formando, assim, um emaranhado com a lã, simbolizando a teia de relacionamentos, na qual cada um tem importância, diante da grandiosa teia que é a vida. Leiam-se estas falas:

“Queria saber mais sobre a aids, como não pegar essa doença que tenho medo e as pessoas falam tanto [...]”

“[...] gostaria de participar bastante nessas atividades porque tenho muita curiosidade nesses assuntos.”

“[...] é sempre bom ter pessoas como vocês ajudando a nós a entender sobre essas doenças, porque minha mãe nunca falou sobre isso comigo.”

“[...] acho que é um trabalho muito importante e que depende

da vontade de cada um, quem não quer aprender é porque não se preocupa com a sua saúde.”

“[...] a gente fala pouco sobre essas doenças na escola e eu gostei dessa ideia, na minha casa, meus pais conversam pouco, eu falo disso com minhas amigas.”

Foram entregues crachás devidamente identificados, e disponibilizada uma caixa de dúvidas e sugestões, na qual cada aluno, anonimamente, coloca questões de interesse sobre a temática. Dentre os questionamentos mais interessantes, citam-se:

“Se colocar a camisinha e ela furar e o homem gozar dentro, pode pegar gravidez ou doença?”

“Como se coloca a camisinha e como ter cuidado com as doenças que são muito perigosas?”

“Na primeira transa tem perigo de pegar aids ou engravidar?”

“Como a pessoa sabe que o corpo está se desenvolvendo?”

“Se a camisinha furar, temos que parar ou continuar o sexo?”

O momento inicial foi oportuno para o estabelecimento de vínculo e confiança com os adolescentes, a fim de que os encontros subsequentes ocorressem de forma livre e espontânea e o grupo pudesse sentir-se à vontade para expor suas dúvidas e opiniões. Observou-se o interesse dos alunos em participar das atividades, com o intuito de aprender sobre orientação sexual, bem como adesão significativa à caixa de dúvidas e sugestões.

Percebeu-se a falta de diálogo entre pais e filhos sobre questões sexuais. Compreende-se que, em delicado e complexo contexto semiótico, formado por sistemas interligados de signos e códigos, pais e filhos encontrem dificuldades em iniciar conversas sobre o assunto. Além disso, os jovens sentem-se constrangidos ou têm medo de desaprovação dos pais que se acham despreparados e desajeitados para abordar estas questões¹¹.

Tão importante quanto motivar a participação dos adolescentes é compreender o momento vivido, respeitar e valorizar suas dúvidas e sugestões. Assim, gradativamente, os adolescentes vão se sentindo mais seguros e acolhidos, enfim, mais responsáveis pela proposta das oficinas e mais colaborativos¹².

Desmistificando a sexualidade

No encontro, inicialmente, faz-se a dinâmica de grupo de interação e estimula-se a participação dos adolescentes nas atividades do dia. Em segundo momento, formou-se o círculo de alunos, solicitando-lhes colagem de figuras de revistas em papel, relacionadas à sexualidade, a fim de identificar sua percepção sobre a temática. Pela discussão em grupo, a maioria dos adolescentes acredita que sexualidade é somente beijo, abraço, sexo e nudez, o que pode ser ratificado pelas seguintes falas:

“Pra mim sexualidade é aquela loira gostosa do peitão.”

“Eu coloquei essa foto de beijo na boca, porque acho que tem tudo a ver com sexo e sexualidade.”

“Eu acho que sexualidade é isso aqui, namorar, se agarrar bem muito, ficar com vários meninos e fazer outras coisas mais [...]”

A discussão em grupo é instrumento relevante para abordar temática da saúde, sob o ângulo social e proporciona momento

favorável para as acadêmicas ensinarem que sexualidade é termo abrangente, não necessariamente sinônimo de sexo: envolve também o funcionamento do corpo, o gênero, as escolhas sexuais (heterossexual, homossexual ou bissexual), bem como valores para a vida e o amor¹³.

Como reflexo do dinamismo da técnica, os alunos estavam dispostos ao envolvimento na atividade. O contexto da sexualidade vai além do reconhecimento de significados físicos e de ser homem ou mulher, incluindo também a compreensão do corpo, o que requer análise de fatores culturais e históricos e não simplesmente inspeção de genitais¹⁴. Em estudo, verificou-se quanto os adolescentes são carentes de informações seguras acerca da sexualidade, mostrando que os multiplicadores de conhecimento são figuras responsáveis pela busca de atualização, a fim de saciar as angústias e dúvidas dos jovens¹⁵.

Conhecendo o corpo humano

A turma é dividida em dois grupos. Em seguida, com desenhos, investiga-se o conhecimento dos alunos acerca das características sexuais masculinas e femininas. Enquanto uma equipe escreve os caracteres sexuais do corpo humano feminino e, ao mesmo tempo, desenha o masculino, outra faz o contrário. Ao fim, houve discussão sobre os desenhos, abordando corretamente as características de cada sexo e reforçando tais conhecimentos, a partir do que se fizeram os seguintes questionamentos:

“Como a pessoa sabe que o corpo está se desenvolvendo e com que idade isso ocorre?”

“Quando a mulher menstrua ela não se desenvolve mais?”

“Como é que se chama essa parte do corpo do homem de uma forma mais bonita?”

Inicialmente, acredita-se ser o tema abordado de difícil condução, uma vez que o grupo é composto de ambos os sexos e o assunto trata de particularidades do corpo humano. No entanto, os alunos se envolveram na atividade sem receios, demonstrando habilidade e conhecimento, superando as expectativas.

O adolescente necessita, diante de constantes mudanças físicas, reavaliar cotidianamente sentimentos e representações do corpo, experimentando, ao mesmo tempo, luto pelo corpo infantil perdido e expectativa em torno do novo corpo em formação¹⁶.

Por dentro do que seja aids

Realizou-se uma sessão de vídeo, com o filme “Pra não morrer de amor”, desenho animado que aborda, de forma clara e dinâmica, a transmissão do HIV, as formas de tratamento, a prevenção e o preconceito da pessoa soropositiva, com duração de 21 minutos. A seguir, fez-se debate norteado por perguntas em teste de avaliação, aplicado previamente ao filme. Abaixo, dúvidas sobre a transmissão do HIV:

“Se uma menina usar a calcinha da outra, pode pegar aids?”

“Quem toma anticoncepcional está protegido da aids?”

“Pode pegar aids pelo sexo oral?”

Na aplicação do teste de avaliação prévia, os alunos demonstram

inúmeras dúvidas, buscando, constantemente, respostas corretas, em avidez por informações. Diante do filme, a turma manteve-se concentrada, interessada pela história em desenho animado. Dessa forma, o propósito da atividade foi alcançado, por verificar-se ter havido, realmente, assimilação do conteúdo.

No acompanhamento das mudanças sociais, os educadores em enfermagem vêm demonstrando interesse cada vez maior pelas práticas educativas e repensando a formação do profissional¹⁷, visto que a promoção da saúde e a prevenção de doenças são reforçadas com as práticas de educação em saúde.

A tal de DST

Neste tópico, busca-se identificar o conhecimento dos adolescentes sobre DST, dirimir as principais dúvidas, expor as principais DST e averiguar a assimilação do conteúdo pelos alunos. Para isso, cada facilitadora faz um rodízio com grupo de alunos, em discussão sobre sinais, sintomas, tratamento, transmissão e prevenção das seguintes DST: gonorreia, papilomavírus humano (HPV), herpes genital e sífilis, mediante explicações e indagações previamente planejadas. Os alunos são questionados e instigados a expor conhecimentos e dúvidas sobre a temática. E, em seguida, realizada gincana com perguntas e respostas acerca do conteúdo abordado, obtiveram-se as seguintes falas:

“As feridas da boca também são sexualmente transmissíveis?”

“Quem tem gonorreia pode ficar curado?”

“Se não fizer o tratamento da sífilis as lesões podem sumir?”

“Eu ouvi dizer que para tratar esse HPV tem que queimar, minha tia já fez.”

Pelos depoimentos, a maioria dos adolescentes tem pouco ou nenhum conhecimento sobre as DST. Alguns sabiam informações básicas, modo de transmissão e doenças mais frequentes. Surgiram dúvidas sobre os métodos anticoncepcionais e a gravidez, reflexo da carência de informações na escola e na família, e de conhecimento sobre as DST adquirido sem fundamentação científica.

Pelas manifestações dos alunos, há necessidade de estratégias eficazes de promoção da saúde em DST entre adolescentes, que desvelem e desmistifiquem o tema e proporcionem capacidade de melhor cuidado da saúde sexual.

Aprendendo a se proteger

Identificam-se os métodos contraceptivos conhecidos dos adolescentes, expõem-se os principais métodos no mercado e esclarecem-se dúvidas. Para isso, as facilitadoras levam, para a sala de aula, *kit* demonstrativo do Ministério da Saúde, com preservativos masculino e feminino, anticoncepcionais oral e injetável, dispositivo intrauterino (DIU) e diafragma. Abordam-se características, uso correto, vantagens e desvantagens dos métodos, enfatizando a importância das camisinhas masculina e feminina na prevenção das DST, com os seguintes depoimentos:

“Se colocar a camisinha e ela furar e o homem gozar dentro pode pegar gravidez ou doença?”

“Se a camisinha furar, temos que parar ou continuar o sexo?”

A maioria dos adolescentes tinha ouvido falar dos métodos, mas tinha conhecimento mesmo da camisinha masculina e pílulas anticoncepcionais. Também a maioria sabia que, dentre os métodos, somente as camisinhas masculina e feminina eram eficazes na prevenção das DST, todavia a maior parte dos alunos estava preocupada mais com a gravidez do que com os riscos de infecção de DST. Os fatos levam a refletir sobre a vulnerabilidade ao risco de infecção e a necessidade de estratégias de promoção e educação em saúde voltadas aos métodos de barreira na prevenção das DST.

CONCLUSÃO

Apesar de a vida sexual se iniciar em idade cada vez mais precoce, os adolescentes e jovens não têm informações consistentes de saúde reprodutiva e sexual, em consequência da falta de orientação dos pais, educadores e profissionais da saúde. Dessa forma, a fonte do saber dos adolescentes, muitas vezes, vem de colegas e amigos, que também não tiveram acesso à educação sexual, dando origem, assim, a conceitos equivocados, carregados de mitos e tabus. Por conseguinte, a promoção da saúde e a prevenção de doenças com adolescentes têm sido desafio e meta de programas de controle de DST/aids.

Nessa perspectiva, as atividades buscaram proporcionar espaço de discussão e reflexão sobre sexualidade, utilizando oficinas lúdicas, fugindo do modelo sala de aula com o envolvimento de todos, para desfazer conceitos errôneos e preconceituosos sobre aids e DST, como também desfazer medos, mitos e tabus e, assim, fazer com que os jovens se tornem sujeitos da própria sexualidade, passando a refletir sobre riscos.

A educação sexual deve ser exercida não como domesticação de indivíduos, mas como oportunidade de autorreflexão, pelo que se possa estabelecer como sujeito e ter visão crítica e práxis transformadora sobre sexualidade, o que contribui para a afirmação de ideais emancipatórios da humanidade, pelo respeito ao outro e às diferentes formas de exercício da sexualidade.

Neste estudo, houve dificuldades com as atividades, entre elas, falta de disciplina e imperatividade, bem como baixa assiduidade dos alunos. Fizeram-se atividades mais interativas e dinâmicas a fim de sensibilizar os adolescentes, despertando-lhes, assim, interesses e curiosidades.

Ao término das atividades, conclui-se que, embora a maioria dos adolescentes procure informações sobre sexualidade, seus conhecimentos a respeito das DST/aids e contracepção são inadequados, sendo imprescindível a implementação efetiva de programas de tecnologia educacional nas escolas sobre a sexualidade.

Tem-se que a experiência contribui para a formação acadêmica, estimula o trabalho em equipe e amplia o conhecimento de atividades educativas voltadas para adolescentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e aids. Manual de rotinas para assistência de adolescentes vivendo com HIV/aids. Brasília (DF); 2006.

2. Zakabi D, Ayres JRCM. Avaliação de estratégia de prevenção de HIV/AIDS em escola de segundo grau em São Paulo: a perspectiva dos pais de alunos. In: Simpósio Internacional do Adolescente; 2005; São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP.
3. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Child and adolescent health and development. [online]. Disponível em: http://www.who.int/child-adolescenthealth/OVERVIEW/AHD/adh_over.htm. 2005 Acessado em: 16/05/2006.
4. Brasil. Decreto Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o estatuto da criança e do adolescente e da outras providências. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]. Brasília; 16 jul. 1990; Seção 1, v.128, n.227, p.13.564-77.
5. Potter PA, Perry AG. Grande Tratado de Enfermagem Prática. 3ª ed. São Paulo: Editora Santos, 1998.
6. Cavalcante MTL, Vasconcelos MM. Tecnologia de informação para educação na saúde: duas revisões e uma proposta. Ciênc Saúde Coletiva 2007; 12(3): 611-622.
7. Melo FNP, Damasceno MMC. A construção de um software educativo sobre ausculta dos sons respiratórios. Rev Esc Enferm USP 2006; 40(4): 563-9.
8. Jeolas LS, Ferrari RAP. Oficinas de prevenção em um serviço de saúde para adolescentes: espaço de reflexão e de conhecimento compartilhado. Ciênc Saúde Coletiva 2003; 8(2): 611-620.
9. Galvão MTG, Alencar RA, Ferreira MLSM, Antunes RCFS. Sexualidade e conhecimento das doenças sexualmente transmissíveis em um município do interior do nordeste brasileiro. DST – J Bras Doenças Sex Transm 2003; 15 (3): 37-40.
10. Minayo MC, Deslandes SF, Neto OC, Gomes, R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 21ª ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2002.
11. Dias ACG, Gomes WB. Conversas sobre sexualidade na família e gravidez na adolescência: a percepção dos pais. Estud Psicol 1999; 4(1): 79-106.
12. Amaral MA, Pontes HA, Lopes LR, Massa TCSC, Fonseca RMGS. Oficinas de Sexualidade: uma abordagem ampliada para se trabalhar com adolescentes. In: Anais do 8º Encontro de Extensão da Universidade de Minas Gerais; 2005; Belo Horizonte. Minas Gerais: UFMG; 2005.
13. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7ª ed. São Paulo: Editora Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Abraco, 2000.
14. Silva MS, Silva MR, Alves MFP. Sexualidade e Adolescência: É Preciso Vencer os Tabus. In: Anais do 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária; 2004; Belo Horizonte. Pernambuco: UFRP; 2004.
15. Horta NC, Villa EA. Adolescentes e sexualidade: conhecendo novas possibilidades no trabalho educativo. In: Anais do 7º Encontro de Extensão da Universidade Federal de Minas Gerais; 2004; Belo Horizonte. Minas Gerais: UFMG.
16. Carvalho AM, Rodrigues CS, Medrado KS. Oficinas em sexualidade humana com adolescentes. Estud Psicol 2005; 10(3): 377-384.
17. Lucheese R, Barros S. Pedagogia das competências – um referencial para transição paradigmática no ensino de enfermagem – uma revisão da literatura. Acta Paul Enferm 2006; 19(1): 92-9.

Endereço para correspondência:**VALESCA MARA DE BRITO CAMILO**

Av. Visconde do Rio Branco 2510, apto. 106

Joaquim Távora – Fortaleza – CE

CEP: 60055-171

Tel.: 85 3252-4151

E-mail: leca_bcamilo@yahoo.com.br

Recebido em: 21.11.2008

Aprovado em: 27.03.2009

CUIDADORAS INFORMAIS: REPRESENTAÇÕES SOBRE O CUIDADO DE FILHOS ADULTOS, SOROPOSITIVOS AO HIV

INFORMAL CAREGIVERS: CONCEPTIONS ABOUT THE HIV- SEROPOSITIVE ADULT CHILDREN CARE

Marina Simões Flório Ferreira¹, Marco Antonio de Castro Figueiredo², Lícia Barcelos de Souza³

RESUMO

Introdução: as estratégias de atenção em saúde vêm passando por constantes reformulações no que se refere ao atendimento de pessoas soropositivas ao HIV, devido às mudanças no perfil epidemiológico, aos avanços no tratamento e às consequentes necessidades psicossociais que emergem de novas práticas de cuidado. **Objetivo:** investigar as concepções que cuidadoras de filhos adultos soropositivos elaboram acerca da doença e das possibilidades de seu enfrentamento. **Métodos:** entrevistas individuais e semiestruturadas investigaram, em profundidade, a experiência de quatro mães no cuidado doméstico. Os conteúdos das entrevistas foram analisados e organizados em categorias temáticas. **Resultados:** a síntese dos conteúdos possibilitou a compreensão dos sentidos atribuídos por estas mães aos efeitos da sobrecarga física e emocional exigida pelo cuidado, além de sinalizarem a importância da rede de apoio familiar ou profissional e, ainda, a valorização do tempo de conhecimento sobre o diagnóstico para o acolhimento das necessidades de cuidado. Concepções sobre o enfrentamento dos riscos e do medo de contaminação no ambiente doméstico também foram identificadas. **Conclusão:** o conjunto de resultados subsidia a discussão sobre as possibilidades de ampliação da atenção às pessoas soropositivas ao HIV, na perspectiva de inclusão de suas famílias nos processos de cuidado e para a promoção de uma atenção efetivamente integral no campo da saúde.

Palavras-chave: HIV/aids, cuidadores domésticos, serviços de saúde, DST

ABSTRACT

Introduction: the health care strategies have been going through constant reformulations regarding the attendance of HIV- seropositive people, due to changes in the epidemiological profile, the advances in treatment and consequent psychosocial needs that emerge from new care practices. **Objective:** considering the informal caregivers participation in the HIV – seropositive people care in the domestic context, the purpose of this study was to investigate the conceptions that seropositive adult children caregivers develop about the disease and the coping possibilities. **Methods:** individual and semi-structured interviews investigated, in depth, the four mothers experience in the home care. The interviews contents were analyzed and organized into thematic categories. **Results:** the contents summary allowed the understanding of meanings attributed by these mothers to the effects of physical and emotional burden required for the care, besides signal the importance of the family and professional support network and also the recognition of knowledge time about the diagnosis for the receptiveness of care needs. Conceptions about the coping with contamination risks and fear in the home environment were also identified. **Conclusion:** the results set supports the discussion about expanding possibilities of HIV- seropositive people care, in view of their families inclusion in the care processes and an effective integral care promotion in the health field.

Keywords: HIV/aids, informal caregivers, health services, STD

INTRODUÇÃO

Os primeiros casos de infecção pelo HIV foram notificados no início da década de 1980 e estavam concentrados, inicialmente, entre profissionais do sexo, homossexuais e usuários de drogas, que foram classificados em “grupos de risco”¹⁻³. O medo e o preconceito, associados à convivência direta ou indireta com pessoas soropositivas, enrijeceram as estratégias de enfrentamento da epidemia, fazendo com que fossem instituídas rotinas de identificação e isolamento das pessoas contaminadas nos serviços de saúde, numa tentativa desesperada de proteger o restante da população. Em relação a isso, Figueiredo¹ (p. 41) afirma que:

[...] tanto o público como os profissionais de saúde fizeram o que lhes parecia correto. Imagens mais antigas, ressuscitadas de epidemias passadas, misturaram-se aos estereótipos predominantes sobre sexo, raça e geografia, formando uma ima-

gem inadequada. O resultado, praticamente inevitável, foi a confusão e o excesso de simplificação: imagens imprecisas e enganosas estimularam extremos de negação, complacência ou pânico [...].

Com o tempo, o aumento no número de notificações fora das fronteiras dos “grupos de risco” alterou as formas de representação da doença, que passou a ser associada a critérios definidos pelos “comportamentos de risco”. Essa nova forma de compreender a ameaça ainda colocava o indivíduo no centro da discussão sobre a responsabilidade pelo avanço da epidemia, estabelecendo um padrão de culpabilidade que atravessou a instituição de programas educativos e preventivos, capazes de avaliar o conjunto de elementos estruturais relacionados com a vulnerabilidade de determinados segmentos da população a contaminação e adoecimento pelo HIV.

No Brasil, as estratégias de enfrentamento adotadas para o controle da epidemia de HIV atualizaram os recursos já adotados para o enfrentamento de outras epidemias que marcaram a constituição do próprio sistema de saúde no país. O controle sanitário e o modelo coercitivo, que outrora foram aplicados aos casos de febre amarela e varíola foram, também, empregados na epidemia de HIV, determinando o cerceamento da participação popular na concepção de estratégias adequadas para o enfrentamento da doença.

O modelo de atenção em saúde no Brasil passou por transformações importantes que culminaram no advento do SUS, sendo os

¹ Psicóloga, aluna de Pós-Graduação do Departamento de Psicologia e Educação (DPE) da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – (FFCLRP-USP).

² Professor Titular do DPE da FFCLRP-USP.

³ Psicóloga do DPE da FFCLRP-USP.

Instituição sediadora do estudo: Unidade de Doenças Infecciosas (UETDI) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP (HC-FMRP-USP).

Fomento: CAPES.

princípios de integralidade e participação popular na gestão e na concepção dos serviços de saúde considerados importantes avanços para a construção de um novo olhar em saúde e para a concepção de novas formas de responder às necessidades da população, repercutindo na definição dos programas de atenção em saúde para pessoas soropositivas ao HIV. Na esteira desta nova forma de conceber ações em saúde, surgiram programas comprometidos com a atenção primária e com uma proposta de promoção das condições mínimas para o bem-estar da população e sua corresponsabilização no processo de concepção das políticas de atenção e assistência em saúde.

A compreensão do alcance dos efeitos provocados pela aids, também exige a análise das representações que as pessoas têm sobre a doença e que foram sendo construídas coletivamente ao longo da epidemia, passando a servir como modelos explicativos do conhecimento leigo. As diferentes interpretações da doença são fundamentais para a compreensão das alternativas de cuidado em saúde que emergem como recursos viáveis nos variados contextos sociais⁴.

Sendo assim, analisar as representações sociais, com base nas quais as pessoas compreendem e significam a contaminação por HIV, o processo de adoecimento e as alternativas disponíveis de enfrentamento, apresenta-se como medida necessária para a efetivação de um movimento que contemple, de fato, uma atenção integral em saúde e que possa, inclusive, servir como elemento para o planejamento dos serviços de saúde⁵.

Considerando um olhar voltado frequentemente para o discurso hegemônico, que legitima o conhecimento e as práticas dos serviços e profissionais de saúde no contexto do cuidado, interessamos investigar outro universo de produção de conhecimento – o doméstico –, ouvindo o que têm a dizer os cuidadores que, na vida diária, enfrentam e constroem as novas definições e os limites da vida com HIV.

O cuidado especializado, em outras palavras, não responde suficientemente às demandas de integralidade na atenção e às necessidades dos pacientes. Nesta perspectiva, devem ser considerados outros espaços para atender às necessidades psicossociais das pessoas portadoras do HIV.

Há que se considerar que o objetivo primeiro da atenção em saúde não é a cura, ou mesmo o desenvolvimento de estratégias de promoção ou prevenção em saúde, mas sim o ato de cuidar do outro. Merhy⁶ (p.117), aponta que “nos últimos séculos, o campo da saúde foi constituindo-se como um campo de construção de práticas técnicas cuidadoras, socialmente determinadas, dentro do qual o modo médico de agir tornou-se hegemônico”.

Segundo este autor, não a especialização, mas a perspectiva de cura deveria orientar as ações em saúde. Ele aponta que, nos serviços de saúde, por exemplo, na maioria das vezes as ações só se realizam diante da certeza especializada, eximindo-se do compromisso com a cura ou o cuidado nos casos em que o diagnóstico ou os limites da atenção não estejam claramente definidos.

A necessidade de expansão, operando no sentido de integrar as diferentes formas de enfrentamento à epidemia, deve sintetizar os processos de cuidado adotados nas diversas instâncias de atenção, sejam elas próprias do cuidador doméstico ou técnicas/profissionais,

permitindo que a diversidade das ações se complemente⁷. Entretanto, incluir o processo informal de cuidado (doméstico) como elemento integrante das estratégias de atenção em saúde é percurso difícil, e muitas vezes interdito pelo modelo curativo tradicional que opera na Saúde Pública brasileira e afasta a participação popular da elaboração de representações legitimadas pela práxis do cuidador doméstico sobre o processo saúde/doença^{8,9}.

Observa-se o que Merhy⁶ chama de “morte da ação cuidadora” nos serviços de saúde. Segundo o autor, o cuidado, enquanto uma atividade “especializada”, é delegado à família, que passa a ter que responder pelos efeitos da atenção dispensada. A desvitalização das relações humanas permeia o espaço de atenção, prejudicando o comprometimento dos profissionais de saúde e a qualidade da atenção dada aos pacientes. A atuação do cuidador doméstico, sobretudo em sua ação de ancoragem social da pessoa soropositiva, coloca-nos diante de uma questão importante para a compreensão do processo de cuidado, em sua dimensão não só curativa ou clínica, mas sobretudo relacional. Ayres¹⁰ afirma que a noção de subjetividade é, ao contrário do que propõem alguns autores, insuficiente para a adequada compreensão do processo relacional em que se dá o cuidado humano.

De acordo com o autor, a subjetividade é paradigma essencialista, que pressupõe um universo íntimo e individual próprio e impermeável em cada pessoa. Ele propõe, assim, a noção de “intersubjetividade” como novo esforço para a compreensão da dimensão dialógica das relações humanas; uma forma de descrever a forma através da qual um indivíduo afeta o outro, fazendo da relação um processo de identificação e compromisso.

O cuidador sofre, junto à pessoa cuidada, o processo da doença, necessitando também de estratégias para o enfrentamento desta condição. Neste sentido, o objetivo deste estudo foi conhecer a realidade de cuidadores informais/domésticos de pessoas com HIV/aids e as representações que eles puderam construir sobre a doença e os processos de enfrentamento nos quais se engajam no ambiente doméstico, considerando tais questões como elementos importantes para a efetivação de uma proposta coerente e efetiva de atenção integral em saúde.

As categorias utilizadas para dar maior visibilidade aos resultados da pesquisa foram, assim, construídas ao longo do processo de coleta e análise, com base nos sentidos produzidos pelos participantes e nas formas pelas quais a pesquisadora pôde compreendê-los e ressignificá-los segundo suas próprias representações, atendendo a uma prerrogativa já apontada por Spink e Menegon¹¹.

A partir desta proposição, os dados de todos os sujeitos entrevistados sofreram um outro processo de análise em que foram comparados, tanto em função das representações que cada um tem sobre o processo de cuidado, como também em relação a características contextuais de cada um destes participantes, que acabam por determinar diferentes possibilidades de adaptação e representação em relação a suas estratégias de enfrentamento e cuidado.

OBJETIVO

Considerando a participação de cuidadores informais na atenção às pessoas soropositivas ao HIV no contexto doméstico, o objetivo do estudo foi investigar as concepções que cuidadoras de filhos

adultos soropositivos elaboram acerca da doença e das possibilidades de seu enfrentamento.

MÉTODOS

O estudo foi realizado junto a Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas (UETDI), serviço especializado do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP (HC-FMRP-USP), após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da referida instituição.

Para a composição da amostra de participantes, foi realizado contato inicial com as pessoas soropositivas atendidas na UETDI; neste contato foram apresentadas e explicadas as características do estudo, seus objetivos e procedimentos, bem como as condições da participação de seus familiares/cuidadores.

Esclarecidos suficientemente, solicitava-se ao usuário que indicasse um de seus cuidadores para a participação na pesquisa. Os critérios para inclusão destes cuidadores no estudo eram ter mais de 18 anos completos e uma relação, para com a pessoa soropositiva, de apoio e suporte nas questões relacionadas ao adoecimento e tratamento. Os cuidadores indicados podiam ser ou não soropositivos ao HIV, não havendo, em relação a isso, qualquer restrição para a inclusão como participante desta pesquisa.

Num segundo momento, os cuidadores indicados pelos pacientes foram contatados na própria UETDI, ocasião em que foi feita uma apresentação dos objetivos da pesquisa e o tipo de atividade a ser realizada caso aceitassem participar do estudo. Os eventuais riscos da participação, embora pouco relevantes, foram apresentados aos participantes, que assinaram um termo de consentimento declarando estar cientes dos mesmos e afirmando seu desejo voluntário em contribuir com a pesquisa.

Após este contato inicial, foi realizado o preenchimento de um breve questionário de caracterização dos participantes, com infor-

mações sobre a constituição familiar e os aspectos relacionados a renda e acesso a serviços de saúde. O preenchimento do questionário permitiu que se estabelecesse um rapport entre a pesquisadora e os participantes, o que facilitou a realização de uma entrevista individual em lugar reservado e agendada de acordo com a disponibilidade dos participantes. Na data agendada, a pesquisadora iniciou o contato com os participantes, pedindo que eles fizessem uma breve descrição de si mesmos, com base em suas experiências de cuidado e convivência com os pacientes soropositivos.

As entrevistas, semiestruturadas, foram realizadas no próprio serviço de saúde, conforme a indicação de preferência dos cuidadores. O roteiro utilizado abordava três questões amplas sobre as quais os entrevistados foram convidados a falar: “O que é cuidar de alguém?”; “O que é cuidar de alguém com HIV?”; “Qual o impacto de cuidar de uma pessoa com HIV em casa e qual o impacto de uma eventual revelação desse diagnóstico?”.

Os dados coletados passaram por uma cuidadosa análise de conteúdo que buscou a identificação das representações sociais que ancoram os sentidos construídos por estes cuidadores com relação à experiência de cuidar de uma pessoa soropositiva ao HIV em ambiente doméstico.

RESULTADOS

Quatro cuidadoras, mães de pacientes soropositivos, participaram da pesquisa. Inicialmente, cada participante fez uma breve descrição de si mesma, além de informar alguns dados para sua caracterização sociodemográfica. O objetivo era reunir elementos que auxiliassem na análise posterior dos dados da entrevista, permitindo a identificação de conteúdos relacionados aos pensamentos e sentimentos associados à percepção de si nos papéis de cuidadora, mulher, mãe e contextualizando a relação de cuidado em que estão imersas. Abaixo, segue uma síntese destes dados.

Participantes	Descrição de Si
<i>Participante 1:</i> Mulher de 57 anos, casada, mãe de paciente masculino, homossexual, de 32 anos, com diagnóstico recente da soropositividade e de linfoma agressivo.	“Estou morta por dentro. Sou uma pessoa alegre, com muita vida, que não tá conseguindo colocar na cabeça isso que tá acontecendo com o meu filho. Sou uma pessoa que tá com a vida de perna para o ar e que não tá gostando nem um pouco disso e que queria poder sumir, mas que não pode.”
<i>Participante 2:</i> Mulher de 52 anos, casada, mãe de paciente soropositivo masculino, drogadicto e alcoolista, de 37 anos, com diagnóstico de soropositividade há 10 anos.	“Então... Não é fácil não, bem. Mas tem que cuidar, né? Eu cuido dele e do meu marido, porque não tem jeito, né bem? Tem que cuidar, porque é só eu e não tem ninguém pra ajudar... Mas de vez em quando tem gente que vai lá com a ‘linguinha’, só pra atrapalhar... Não é fácil, não... Mas não posso abandonar.”
<i>Participante 3:</i> Mulher de 64 anos, divorciada, mãe de paciente soropositivo masculino, 39 anos, ex-drogadicto e ex-alcoolista, com diagnóstico de soropositividade há 18 anos.	“Sou uma mulher normal, que sempre trabalhou muito e que, graças a Deus, sempre teve forças e suporte para enfrentar os baques da vida. Sou feliz, porque tenho filhos maravilhosos, que só me dão orgulho. Sou feliz porque tenho um filho saudável e abençoado por Deus que também aprendeu com as cabeçadas da vida e que hoje é um exemplo pra muita gente. É isso.”
<i>Participante 4:</i> Mulher de 65 anos, divorciada, mãe de paciente soropositivo masculino, 42 anos, bissexual, com diagnóstico de soropositividade há 12 anos.	“Ah, não sei o que dizer... Sou isso aqui mesmo. Tenho muita fé em Deus e peço que ele me ajude muito. Sou uma pessoa que procura fazer o melhor, mas às vezes é difícil, porque a gente depende muito da aceitação do outro, da vontade dele pra gente poder ajudar, né?”

Após esta primeira etapa, cada participante passou por uma entrevista semiestruturada que, depois, foram analisadas e permitiram a construção de categorias temáticas que incluem diferentes elementos da vivência das participantes. As categorias podem ser descritas da seguinte forma:

- **Aceitação do diagnóstico:** referências às formas pelas quais os cuidadores lidam com a patologia e com o cuidado a ser dispensado. Antecipação e enfrentamento de alterações orgânicas/físicas (inclusive a morte ou sua perspectiva) ou psíquicas/emocionais em decorrência da enfermidade ou do tratamento.
- **Suporte na família e nos serviços de saúde:** busca de suporte para o enfrentamento na relação com pessoas conhecidas/amigos/familiares e profissionais de saúde; percepções do cuidador doméstico em relação às ações técnicas de médicos e outros profissionais de saúde e os efeitos disso sobre o paciente, sua evolução clínica e a própria organização do cuidado doméstico.
- **Rotina dos cuidadores:** perdas ou modificações mais imediatas na vida do cuidador em decorrência, direta ou indireta, do processo de cuidado/enfrentamento.

As categorias construídas neste estudo foram organizadas em torno de um eixo comum: o cuidado doméstico; todas fazem referências às questões apontadas e às estratégias de enfrentamento utilizadas pelas cuidadoras diante da contaminação de seu filho por HIV, bem como à necessidade de atender a esta pessoa em casa, convivendo com questões diversas, responsáveis pela estruturação e desestruturação de diferentes aspectos de suas vidas particulares.

DISCUSSÃO

Uma primeira aproximação com a história das participantes apontou alguns elementos fundamentais para a compreensão das experiências de cuidado de cada uma delas. Todas são mães de pacientes soropositivos e estão envolvidas diretamente no cuidado.

As autodescrições permitiram identificar aspectos relacionados a dificuldades enfrentadas pelas cuidadoras associados a: aceitação do diagnóstico dos filhos, falta de suporte para o cuidado dentro da família e também nos serviços de saúde e a alterações na rotina de vida. Também podem ser identificados elementos que apontam uma tentativa de estruturação do enfrentamento, associadas a aspectos religiosos. Nas descrições que cada participante fez de sua experiência de enfrentamento e cuidado, estão reunidas todas as situações nas quais a tutela dos serviços de saúde não atua, passando a exigir a ação direta dos indivíduos. O cuidado e a ação da família como especialista no suporte extrainstitucional estão presentes aqui.

Considerando a análise geral das categorias construídas, é possível apontar duas dimensões determinantes para a compreensão das formas pelas quais cada uma das cuidadoras tem significado e vivenciado o processo de cuidado e enfrentamento. Tempo de diagnóstico e disponibilidade de redes de apoio: elementos críticos para a construção de representações sobre o cuidado doméstico.

O tempo de diagnóstico da soropositividade dos filhos é um elemento importante do impacto sobre a forma com que cada uma das participantes descreve a si mesma e a sua experiência de cuidado.

Além disso, o tipo e a extensão da rede de apoio disponível para cada uma destas pessoas em seu conjunto de relações operam de forma igualmente impactante.

A Participante 1 é aquela cujo filho havia recebido o diagnóstico positivo há menos tempo no momento deste estudo: apenas 3 meses. Para esta participante, o cuidado é tarefa ainda em estruturação e há um grande esforço adaptativo para a realização do cuidado adequado à pessoa soropositiva, com grande preocupação em relação ao uso correto da medicação antirretroviral (ou “coquetel”) – reconhecida como estratégia para a estabilização dos sintomas e contenção do avanço da doença – mas também com a alimentação do paciente, cuja representação para esta pessoa está associada ao fortalecimento do filho e à melhora de suas condições orgânicas para o enfrentamento da doença. Para essa participante, o medo de perder o filho é preocupação constante, como demonstrado nos seguintes trechos de sua entrevista:

“(…) Eu tô mais ou menos preparada que eu vou perder meu filho logo (…).”

“Ele pode viver muitos anos comigo se ele usar o coquetel direitinho. E eu também fazer minha parte na alimentação (…).” (Participante 1).

As demais participantes já sabiam do *status* soropositivo de seus filhos para o HIV há mais de 10 anos. Para elas, o cuidado é uma tarefa já estruturada e incorporada à sua rotina de vida; agora, a preocupação é com a manutenção da adesão de seus filhos ao tratamento antirretroviral.

Para a Participante 2, o cuidado é tarefa desgastante, sobretudo em razão das dificuldades de adesão da pessoa cuidada ao tratamento antirretroviral e às orientações médico/clínicas.

“(…) ele abandonou o tratamento. Tem que tá em cima, cuidando, mandando ele tomar os remédios... (..) Tratar dele na hora certa, tomar o remédio... Porque se deixar sem tomar o remédio ele não toma, ele abandona (..)” (Participante 2).

Para a Participante 3, o cuidado é tarefa integrada à sua rotina, uma vez que o tempo de diagnóstico da pessoa cuidada é muito longo (18 anos). Sendo assim, o suporte ao tratamento é apontado como uma ação essencialmente afetiva, que envolve a preocupação desta entrevistada com o bem-estar geral de seu filho e a crença de que, para tanto, é importante que ele continue a fazer uso correto tanto da medicação quanto das prescrições e orientações médicas.

“(…) Eu gosto de observar bem os horários de medicação, eu gosto de saber que está comendo bem. Enfim, tudo que possa trazer melhora pra ele... (..)” (Participante 3).

Para a Participante 4, o cuidado está ligado ao acompanhamento às consultas ou o controle da adesão de seu filho ao tratamento como eventos passados, nos quais ela participou marginalmente ao longo dos 12 anos de diagnóstico da pessoa cuidada, em razão da falta de tempo, uma vez que trabalhava fora. Há certa necessidade em justificar tal opção, como se houvesse uma falha na conduta materna explicitada por seu pouco envolvimento nas ações de cuidado direto em relação ao tratamento.

“(…) Interessante que falaram também, até a nossa coordenadora do grupo de oração, que ela conhece muitos médicos, e que disseram (..) Que os outros que estavam internados aqui na época em que ele estava tinham morrido, já tinham morrido, e que ele ainda estava aí (..)” (Participante 4).

“Com a calma de mãe e com o fato da gente ter vivido tudo isso... às vezes briga e a gente fica meio triste, porque você tem que tratar com carinho, com amor...” (Participante 4).

Para as participantes cujos filhos já foram diagnosticados há mais tempo, o medo da perda é atenuado pela convivência com a doença e com o acúmulo de conhecimento sobre o quadro e os riscos reais, tanto para o paciente quanto para a família.

“Aquela época foi terrível, porque não existia esse coquetel que existe hoje (...) Não tinha expectativa. Eu sempre achava que na manhã seguinte ele ia amanhecer doente e que ele ia morrer (...)” (Participante 3).

“Na hora a reação da gente, sei lá... Você fica preocupado, fica pensando mesmo no que poderá acontecer, como vai ser. (...). Mas no começo eu achava que ele logo ia morrer, eu achava que em 1 ano ele ia estar morto, entendeu?” (Participante 4).

O medo de contágio é ainda característica marcante para a Participante 1, mas também atenuada para as demais participantes.

“Se tem herpes, se tem uma feridinha na boca, eu fico preocupada (...)” (Participante 1).

“Não separo talher, copo, nada dessas coisas, porque eu já fui orientada, né?” (Participante 3).

Além das questões já apontadas, há ainda outras adaptações exigidas pela experiência de cuidado, relacionadas não ao tratamento ou cuidado dos filhos/pacientes, mas à necessidade de reestruturação das relações sociais das mães/cuidadoras. Mais uma vez, o tempo de diagnóstico parece ter influência direta sobre as habilidades adquiridas por estas mulheres para incorporar tais mudanças: para a Participante 1, as perdas sociais e afetivas são importantes, já para as demais cuidadoras, estas mesmas perdas são parte da rotina diária e deixam de impactar tão fortemente suas relações e rotinas.

“Se eu tiver que ir em uma festa ou num encontro de amigos eu não vou poder, porque eu tô com o (filho), cuidando dele. Muita coisa da minha vida vai ser cortada. (...)” (Participante 1).

“(...) Pra que que eles vão querer ir lá? Eles não vão na minha casa. Nem pessoa que mora do lado não vai (...) não sinto falta de nada disso... (...) eu prefiro que ficam mesmo como estão...” (Participante 2).

“Porque uma pessoa interpreta isso de um jeito e outra interpreta de outra. Falar com vizinhos... Nem com amigos, nunca a gente fala esse tipo de coisas com ninguém. (...)” (Participante 3).

“Os vizinhos conversam com ele, dá beijinho no rosto na hora de cumprimentar na missa, está tudo bem. Mas no começo foi um pouco difícil” (Participante 4).

Outro elemento determinante para a compreensão da vivência da experiência de cuidado por estas mulheres é a extensão de suas redes de apoio. Por redes de apoio compreende-se a presença de pessoas e/ou serviços junto aos quais as cuidadoras buscam ajuda para a estruturação do enfrentamento da experiência de cuidado.

Não há relação direta, estabelecida por este estudo, entre a extensão destas redes de apoio e o tempo de diagnóstico das pessoas

soropositivas; na verdade, a disponibilidade de redes de apoio obedece a uma lógica diferente daquela seguida pela estruturação dos processos de cuidado no ambiente doméstico.

Para a Participante 1 há uma rede de apoio muito pequena à disposição, constituída sobretudo pelo núcleo familiar: seu marido e uma filha, ambos soronegativos. A dificuldade de revelar o diagnóstico para outras pessoas pode explicar, nesse caso, a exiguidade da rede de suporte.

“Eu morro de nojo de fezes e de vômito, mas eu sou mãe e eu que vou limpar (...). E também aquela noite que eu tô dormindo gostoso e de repente ele passa mal e tem que pôr no carro e levar no posto. (...) O que eu vou precisar fazer? Matar metade de mim... Deixar só metade. Porque metade eu tenho que morrer (...)” (Participante 1).

A Participante 2, cujo filho já foi diagnosticado há 10 anos, enfrenta grandes dificuldades para encontrar apoio, seja em sua família ou entre as pessoas conhecidas. Neste caso, a revelação do diagnóstico já foi feita, mas há grande preconceito das pessoas (incluindo os outros dois filhos da cuidadora), que não aceitam o fato de o paciente ser usuário de drogas. Há uma profunda resignação em relação à experiência de cuidado, exercida como mais uma das tarefas de que a vida incumbiu esta cuidadora, todas marcadas pela derrota de seus esforços. Uma vida de sacrifícios e muito trabalho, um casamento desmantelado pela doença do marido e a dor de ver o filho envolvido com drogas e doente marcam as “derrotas” desta mulher.

“Não. Não tem ninguém. Eu sou sozinha. Eu que tenho que fazer tudo: cuidar, dar banho, trocar de roupa, e tudo sozinha. (...) É duro, bem... Porque você tem que fazer tudo sempre sozinha, ninguém te ajuda (...)” (Participante 2).

Para a Participante 3 foram identificadas representações que indicam uma reestruturação das formas de representação acerca da aids e da contaminação pelo HIV como uma ameaça mortal, abrindo-se a possibilidade de que a doença seja representada como passível de ser administrada. Aqui, o longo tempo de diagnóstico (18 anos) e a extensa rede de apoio reforçam o desejo de que o tempo futuro se projete ininterruptamente, para que haja possibilidades de prosseguir no processo de aproximação entre mãe e filho.

“Deus na nossa vida é tudo, inclusive meu filho é pastor evangélico. Ele se converteu, ele se voltou totalmente pra Deus. (...) Todo mundo da época dele falava que ele ia morrer, e Deus o tem sustentado vivo, com saúde também, graças a Deus (...)” (Participante 3).

Para a Participante 4, o cuidado é tarefa frustrante, uma vez que esta entrevistada se sente culpada por acreditar não ter dado a atenção necessária para seus filhos (incluindo o que é soropositivo) ao longo da vida. Por isso, há o desejo de dar suporte ao tratamento da pessoa cuidada, embora permaneça uma noção de limitação referente à sua disponibilidade para tanto.

“Me sinto muito chateada, né? (...) desde pequeno que eles cobram, os três, que eu não fico com eles, que eu não dou atenção, que eu saio de casa...” (Participante 4).

“(…) É fazer tudo o que é possível, mas dentro dos limites, claro” (Participante 4).

Ao se considerar que a maioria das cuidadoras veem seu círculo de relações reduzido em decorrência da sobrecarga das atividades relacionadas ao cuidado, não é de se estranhar que estas pessoas acabem criando fortes laços afetivos com os profissionais de saúde que atendem a elas e às pessoas de quem cuidam.

“Como eu tinha muita abertura com os médicos aqui eu vinha conversar... (..) Tinha dias em que eu marcava consulta com ela só pra conversar (...)” (Participante 3).

Na verdade, é provável que estas cuidadoras só cheguem a encontrar apoio nestes profissionais que, mais bem informados, podem ajudá-las a encontrar estratégias não só para lidar com a doença, como também com todos os seus medos e preconceitos.

Muitas destas cuidadoras parecem encontrar, na falta de apoio, sua principal sobrecarga, uma vez que o isolamento e a solidão que caracterizam este processo parecem fazer com que as cuidadoras venham a perceber, concretamente, os efeitos da estigmatização de que elas próprias são vítimas. Frente a tais considerações, é possível afirmar que o tempo recente de diagnóstico promove uma espécie de desesperança nas cuidadoras e uma perspectiva de morte iminente que, introjetada a ponto de ameaçar sua própria perspectiva de sobrevivência, aponta o caráter desestruturante desta descoberta.

É provável que tal desestruturação se dê, sobretudo, em função do reconhecimento de que, agora, há na família alguém que possui um atributo que é profundamente indesejável para a sociedade¹². Não há, nos casos de diagnóstico muito recente, estratégias definidas para o enfrentamento da doença em si, restando apenas uma espécie de “compromisso materno”, que faz com que se decida que não é possível “sumir” e abandonar a pessoa cuidada. Este compromisso, marcado pela relação de gênero predominante em nossa sociedade, impede a mulher (e, sobretudo, as mães) de desobrigarem-se de sua função de cuidadoras por excelência. A resignação e a ansiedade pela perspectiva de morte próxima, também presentes¹³, acabam por superar a relevância que o preconceito e as dificuldades da relação entre a cuidadora e a pessoa cuidada possam ter. Neste sentido, questões de difícil aceitação, como homo ou bissexualidade da pessoa cuidada, parecem momentaneamente superadas em detrimento de uma causa maior e mais urgente, que é o cuidado e a garantia de sobrevivência do filho.

No decorrer do processo de enfrentamento, as estratégias para a aceitação e o controle da doença modificam-se, promovendo uma espécie de reestruturação das próprias relações entre cuidadoras e seus filhos. Assim, um tempo maior de diagnóstico pode promover a reedição de conflitos passados. O preconceito decorrente de comportamentos específicos da pessoa cuidada volta a ganhar espaço, uma vez que as estratégias de enfrentamento da doença já estão estruturadas e a perspectiva de morte iminente já está superada.

Neste sentido, um tempo mais longo de diagnóstico, associado à boa condição clínica da pessoa cuidada tem, também, impacto decisivo na descrição que as cuidadoras fazem de si mesmas. A

superação da crise inicial provocada pelo diagnóstico faz com que o cuidador volte a enxergar a si e a sua vida como “normais”.

Interessante notar que o longo tempo de diagnóstico, no entanto, nem sempre está marcado por este movimento de superação. Apesar de todo o tempo de convivência com o diagnóstico e suas implicações, a persistência de determinados comportamentos da pessoa cuidada e a consequente manutenção de uma situação de crise na relação entre o cuidador e a pessoa cuidada marcam-na pelo desgaste e pela sensação de que “as coisas não têm mais jeito”. Este desgaste é apontado por Figueiredo¹³ como um dos principais elementos de fragilização do cuidador doméstico, que passa assim a requerer atenção especial e a incorrer em riscos psicoafetivos importantes.

O longo tempo de diagnóstico e as estratégias estruturadas para o enfrentamento da doença parecem esbarrar ainda na dificuldade de aceitação de comportamentos como o envolvimento com drogas e álcool. A estigmatização em relação a estas questões e à orientação sexual de seus filhos aparece também como elemento de distanciamento e resignação para o cuidador, que se sente impotente para modificar comportamentos que, por vezes, entende como causadores da contaminação e do adoecimento da pessoa cuidada².

Além do tempo de diagnóstico, a extensão da rede de apoio disponível parece exercer, para estas cuidadoras, ação decisiva na forma com que elas vêm lidando com a experiência de cuidado. Para aquelas que dispõem de qualquer tipo de ajuda junto a família, amigos, igreja ou serviços de saúde, o enfrentamento da contaminação e a organização das formas de cuidado parecem se dar de forma mais bem estruturada, com um menor comprometimento dos recursos destas pessoas.

Considerando a importância de redes de apoio para cuidadores, aponta-se que a estruturação de grupos entre cuidadores domésticos pode vir a ser estratégia interessante, desde que estes não sejam organizados como espaços para a passagem de prescrições médicas a estes cuidadores por profissionais de saúde. É importante compreender que a troca de experiências e estratégias de enfrentamento, realizada entre os cuidadores, pode ser mais bem aceita e aproveitada, uma vez que dá a estas pessoas a oportunidade de se apropriarem de suas vidas, passando a ser detentores de maiores possibilidades de ação.

A inclusão popular nos processos de decisão sobre a gestão dos serviços de atenção em saúde gera, potencialmente, maior bem-estar, na medida em que valoriza “a intersubjetividade, criando novas possibilidades de aproximação das pessoas, de suas vivências, interpretações e potencialidades, abrindo-se de fato a suas necessidades mediante relações personalizadas e estimuladoras de uma participação mais ativa e autônoma”¹⁴.

Mandú¹⁴ afirma ainda que:

“Considerar o universo subjetivo dos que demandam assistência individualizada representa uma efetiva recusa às formas de violência que se escondem no cotidiano da atenção, na invisibilidade das suas estruturas de produção dos sentidos e nas práticas de controle, submissão e legitimação” (p. 674).

Incluir o cuidado doméstico e os conhecimentos gerados no seu exercício na esfera das ações de atenção é mais uma estratégia para que se possa alcançar a integralidade real no campo da saúde e do cuidado, gerando benefícios tanto para a pessoa cuidada quanto para o cuidador, que passa a sentir-se também incluído e valorizado.

CONCLUSÃO

O conjunto de resultados subsidia a discussão sobre as possibilidades de ampliação da atenção às pessoas soropositivas ao HIV, na perspectiva de inclusão de suas famílias nos processos de cuidado e para a promoção de uma atenção efetivamente integral no campo da saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Figueiredo MSL. Quadros iniciais das características psicossociais de portadores HIV. In: Turato ER (coord.). *Psicologia da saúde: estudos clínico-qualitativos*. Taubaté: Cabral Editora e Livraria Universitária, 2003.
2. Ferreira CVL. Doentes com Aids: a vivência da doença como expiação de culpa. In: Turato ER (coord.) *Psicologia da saúde: estudos clínico-qualitativos*. Taubaté: Cabral Editora e Livraria Universitária, 2003.
3. Bastos FI, Szwarcwald CL. Aids e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 16, n.1, p.65-76, 2000.
4. Spink MJP. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. *Cadernos de Saúde Pública jul-set 1993; 9(3): 300-308*.
5. Minayo, MCS. Abordagem antropológica para avaliações de políticas sociais. *Rev Saúde Pública 1991; 25(3): 233-238*.
6. Merhy EE. Ato de cuidar: alma dos serviços de saúde. In: _____. *Saúde e cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.
7. Silva NEK, Oliveira LA, Figueiredo WS, Landroni MAS et al. Limites do trabalho multiprofissional: estudo de caso dos centros de referência para DST/Aids. *Revista de Saúde Pública 2002; 36(4): 108-116*.
8. Soares LT. As atuais políticas de saúde: o risco do desmonte neoliberal. Brasília, *Revista brasileira de enfermagem dez 2000; 53(Especial): 17-24*.
9. Fortes PAC, Martins CL. A ética, a humanização e a saúde da família. Brasília, *Revista brasileira de enfermagem dez 2000; 53(Especial): 31-33*.
10. Ayres JRCM. Sujeito, Intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva 2001; 6(1): 63-72*.
11. Spink MJP, Menegon VLM. A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos. In Spink MJP. (coord.) *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teórico-metodológicas*. São Paulo: Editora Cortez, p. 63-92, 1999.
12. Goffman E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1988.
13. Figueiredo RM. Cuidadores de pacientes com Aids: atos assistenciais. In: Turato ER. (org.) *Psicologia da saúde: estudos clínico-qualitativos*. Taubaté: Cabral Editora e Livraria Universitária, 2003.
14. Mandú ENT. Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem jul-ago 2004; 12(4): 665-675*.

Endereço para correspondência:

MARINA SIMÕES FLÓRIO FERREIRA

Rua Barão de Cotegipe, 1300

Vila Tibério, Ribeirão Preto – SP

CEP: 14050-420

Tel.: 16 3441-2492 / 16 9103-8751

E-mail: msimoesff@yahoo.com.br/ msimoesff@pg.ffclrp.usp.br

Recebido em: 24.09.2009

Aprovado em: 22.11.2009

ANOS POTENCIAIS DE VIDA PERDIDOS (APVP) POR AIDS: PERNAMBUCO, 1996 E 2005

YEARS OF POTENTIAL LIFE LOST (YPLL) BY AIDS: PERNAMBUCO, 1996 AND 2005

Romualdo Mendonça de Lucena¹, Jailson Lopes de Sousa²

RESUMO

Introdução: o indicador Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) oferece uma visão não só da frequência de uma causa de morte, mas também da idade em que a causa produziu a morte, o que torna possível o conhecimento, além da quantidade das mortes, da sua precocidade. **Objetivo:** descrever o comportamento da mortalidade por aids, utilizando o indicador APVP, em Pernambuco e suas mesorregiões, em 1996 e 2005. **Métodos:** realizou-se um estudo descritivo do tipo transversal. Para a obtenção do número de APVP foi feita a distribuição dos óbitos por agrupamentos de idade entre 1 e menos de 70 anos. Multiplicou-se o número de óbitos em cada intervalo de idade pelo número de anos restantes para atingir a idade limite. A média de APVP por óbito foi calculada como resultado da divisão do total de APVP pelo número de óbitos considerados. **Resultados:** em Pernambuco, nos anos de 1996 e 2005, houve uma redução do número de óbitos por aids (-0,75%), do número de APVP (-6,20%), da TAPVP (-17,86%) e da média de anos perdidos para cada óbito (-5,52%), embora tenha havido um aumento de 5,21% em relação à idade média ao morrer. **Conclusão:** Pernambuco vem experimentando modificações na trajetória da epidemia de aids, sendo observadas nesse estudo duas das tendências nacionais da epidemia: interiorização e maior sobrevida dos pacientes. Constatou-se também a importância do indicador APVP na análise da mortalidade por aids, uma vez que apesar do aumento observado na sobrevida, a aids ainda é responsável por milhares de APVP em Pernambuco.

Palavras-chave: APVP, mortalidade, aids, indicadores de saúde, DST

ABSTRACT

Introduction: the Years of Potential Life Lost (YPLL) indicator offers a vision of not only the death cause, but also the age in which the cause produced the death, which makes possible the knowledge of, besides the quantity of deaths, their precocity. **Objective:** describe the behavior of aids mortality using the YPLL indicator in Pernambuco and its regions, in 1996 and 2005. **Methods:** a transversal-type descriptive study was done. To obtain the YPLL number a distribution of deaths was made in groups of age between 1 and less than 70 years old. Then, the number of deaths in each age group was multiplied by the number of remaining years to complete the limit age. The YPLL average per death was calculated as a division of the YPLL total by the number of deaths considered. **Results:** in Pernambuco, during the years of 1996 and 2005, there was a reduction (-0.75%) in the number of deaths caused by aids, in the number of YPLL (-6.20%), in the YPLL tax (-17.86%) and in the average of years lost for each death caused by aids (-5.52%). On the other hand, there was an increase of 5.21% on the average age of deaths from aids. **Conclusion:** Pernambuco is facing changes in the path of aids epidemic, being observed, in this study, two national trends of the epidemic: interiorizing and higher life expectancy of those affected by aids/HIV. From this analysis, it was also possible to perceive the importance of the YPLL indicator in the study of aids mortality, since that, although it has been observed an increase in the life expectancy, aids, as a specific cause of death, is still responsible for thousands of YPLL in Pernambuco.

Keywords: YPLL, mortality, aids, health indicators, STD

INTRODUÇÃO

Na Saúde Pública, os indicadores de saúde apresentam-se como ferramenta imprescindível para a tomada de decisões, possibilitando diagnosticar as mais diversas situações de saúde, com vistas às intervenções mais aproximadas do quadro de necessidades da população, além de contribuir, entre outros aspectos, para o uso racional dos recursos disponíveis, bem como para a identificação de áreas onde há uma escassez na oferta de serviços e profissionais de saúde¹.

Além dessa faceta diagnóstica, os indicadores apresentam também um caráter prognóstico, pois permitem presumir o que é provável de suceder no futuro – e mesmo constatar as mudanças que realmente acontecem com o passar do tempo².

Para aferir necessidades de saúde, o ideal seria utilizar indicadores de morbidade, mas estes dados não estão usualmente disponíveis e nem sempre refletem a realidade, daí que se utilizam, com maior frequência, dados de mortalidade³ através da análise de sua frequência, classificação e ordenamento⁴.

A magnitude da mortalidade na população tem sido, até então, prioritariamente descrita por meio das taxas de mortalidade e da

mortalidade proporcional. Sob estes pontos de vista, as doenças do aparelho cardiovascular, no Brasil, são as principais causas de óbito na população em geral, seguidas das neoplasias e das causas externas⁵. Tradicionalmente, a posição ocupada por uma determinada causa de óbito, na escala hierárquica das doenças ou agravos que levaram à morte, está relacionada com a quantidade de óbitos que essa causa provocou, atribuindo-se o mesmo peso a qualquer causa, independentemente da idade em que ocorreram os óbitos, utilizando como critério, portanto, apenas a magnitude dessas doenças³.

No entanto, a esta ótica é pertinente à crítica segundo a qual as taxas brutas e específicas de mortalidade descrevem o quantitativo das mortes na população, mas falham em quantificar o peso resultante desta perda para a sociedade. Neste sentido, tem sido enfatizada a importância da mortalidade prematura como expressão do valor social da morte e a necessidade de operacionalizar sua medida e análise⁶.

O indicador Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) é apresentado como alternativa ao critério tradicionalmente utilizado para a ordenação das principais causas de mortalidade³. Este indicador é capaz de medir a mortalidade prematura, conseguindo associar, em um único dado, a magnitude (quantidade de óbitos) e a transcendência, ou valor social da morte, expressa pela idade em que ocorre o evento, ou seja, pela precocidade das mortes^{3,6}.

Ao contrário dos indicadores tradicionais de mortalidade, no cálculo dos APVP é atribuído um peso maior aos óbitos de pessoas

¹ Especialista em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco.

² Mestre em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco.

mais jovens e o seu uso proporciona uma ordenação das causas de morte diferente da obtida com a utilização dos coeficientes de mortalidade e da mortalidade proporcional por causas⁷.

Emergindo como uma das principais causas de morte, em especial entre adultos de 20 a 49 anos, a aids revela-se um importante problema de saúde a partir dos anos 1980, configurando-se nos anos seguintes como uma das principais causas de morte do mundo. Dentre os principais aspectos epidemiológicos apresentados pela enfermidade, a precocidade dos óbitos a caracteriza como uma das doenças que mais respondem por APVP, acometendo principalmente, adultos jovens no mundo todo⁸.

Tendo atingido particularmente essa população jovem em todo o mundo, a aids foi responsável por milhares de APVP, levando a uma diminuição significativa da esperança de vida e sendo a principal causa de morte na população entre 15 e 49 anos em vários países, inclusive no Brasil⁹.

A aids destaca-se na grande maioria das capitais brasileiras como importante causa de subtração de anos potenciais de vida. Somente não apareceu entre as dez principais causas de APVP em oito capitais do Norte e Nordeste do país: Natal, João Pessoa, Macaíó, Aracaju, São Luiz, Macapá, Rio Branco e Palmas⁷.

Segundo dados do Ministério da Saúde¹⁰, Pernambuco apresenta-se como o primeiro estado da região Nordeste, tanto em número de casos, com 13.113 (24,7%), como em número de óbitos, com 5.548 (10,45%). A aids é a 36ª causa de morte no estado. Dentre as faixas etárias, o grupo de 20 a 49 anos representa a grande maioria dos casos, com 85,22%. No total de óbitos ocorridos na referida faixa etária, a aids apresenta-se na 10ª colocação. Sua taxa de detecção variou de 7,50 para 9,32 por 100.000 habitantes, ao passo que a taxa de mortalidade variou de 5,03 para 3,20 por 100.000 habitantes, ambas entre os anos de 1996 e 2005¹¹.

OBJETIVO

Descrever o comportamento da mortalidade por aids, utilizando o indicador APVP, em Pernambuco e suas mesorregiões, entre os anos de 1996 e 2005.

MÉTODOS

Local de estudo

Pernambuco possui 184 municípios e o território de Fernando de Noronha, agregados em cinco mesorregiões: São Francisco, Sertão, Agreste, Zona da Mata e Metropolitana do Recife, segundo critérios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

População, fonte dos dados e período do estudo

Foram utilizadas as bases de dados sobre os óbitos residentes em Pernambuco ocorridos em 1996 e 2005, cuja causa básica informada foi aids (*Capítulo I* – CID 10, códigos de B20 a B24), na faixa etária de 1 a menor de 70 anos, processados pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/SUS), além das estimativas populacionais realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ambos disponíveis no DATASUS/MS.

A seleção dos anos analisados deve-se, basicamente, por 1996 ser o primeiro ano de implantação da 10ª revisão da CID e 2005,

o último ano consolidado e disponível nas bases de dados do DATASUS/MS.

Desenho do Estudo

Tratou-se de um estudo descritivo, do tipo transversal.

Análise dos Dados

Existem diversas maneiras de calcular o indicador APVP, sendo que a escolha de cada método deverá ser adequada ao objetivo do estudo. As divergências entre esses métodos dizem respeito à definição das idades nas quais as perdas sociais e econômicas têm seu início e fim. Neste estudo, para a realização dos cálculos do APVP, fixaram-se os limites de idade de análise 1 e menor de 70 anos¹².

Trata-se de um método de fácil entendimento, permitindo o seu uso de forma sistemática no planejamento em saúde, cuja expressão matemática é dada como⁶:

$$APVP = \sum_{i=1}^{69} a_i d_i = \sum_{i=1}^{69} (70 - i - 0,5) d_i$$

onde:

a_i = número de anos que faltam para completar a idade correspondente ao limite superior considerado, quando a morte ocorre entre as idades de i e $i + 1$ ano;

d_i = número de óbitos ocorridos entre as idades de i e $i + 1$ ano, empregando-se o ajuste de 0,5 quando se arbitra que todas as mortes ocorreram no meio do ano.

Foram excluídos os óbitos em menores de 1 ano por não ser o objetivo do presente trabalho analisar a mortalidade infantil, tendo em vista que para o seu estudo existem indicadores de grande sensibilidade. A escolha de 70 anos como limite potencial de vida foi devida ao fato de este valor aproximar-se da estimativa da esperança de vida ao nascer, que em 2005¹³ atingiu 71,7 anos para o Brasil e 67,1 anos para Pernambuco, além de facilitar o agrupamento dos dados dos bancos de mortalidade em faixas etárias, e permitir comparações com dados de outros estudos^{3,4,6}.

Para a obtenção do número de APVP foi realizada a distribuição dos óbitos por agrupamentos de idade (1). Em seguida, multiplicou-se o número de óbitos em cada intervalo de idade (4) pelo número de anos restantes (3) para atingir a idade limite de 70 anos. Essa diferença foi obtida a partir do ponto médio (2) de cada faixa etária. O resultado desses produtos forneceu o total de APVP (5), valor que representa o número estimado de perdas de anos para uma causa específica de morte ou para todas as causas (**Quadro 1**).

É importante levar em conta que duas populações com causas de mortalidade diferentes podem produzir um número absoluto de APVP similar, mesmo apresentando diferentes tamanhos de população. Por isso, é importante calcular tanto o número absoluto (APVP), quanto o relativo, representado através da taxa de APVP (7), para obter-se um panorama mais completo de uma determinada situação¹⁴.

A média de APVP por óbito foi calculada na planilha como resultado da divisão do total de APVP pelo número de óbitos con-

Quadro 1 – Cálculo dos APVP entre as idades de 1 e menor de 70 anos.

Faixa Etária (1)	Ponto Médio do Intervalo (PMI) (2)	Anos Restantes 70 – PMI (3)	Mortes (4)	APVP (5) = (3) x (4)	População (6)	Taxa de APVP (7) = (5) / (6) x 1.000
1-4						
5-9						
10-14						
15-19						
20-24						
25-29						
30-34						
35-39						
40-44						
45-49						
50-54						
55-59						
60-64						
65-69						
Total						

siderados. Esse procedimento permite conhecer, ainda, a idade média em que ocorreram os óbitos, também incluída nas tabelas de apresentação dos dados, pela diminuição desse valor do limite superior adotado.

A execução de tabulação dos dados, do cálculo dos indicadores e a apresentação dos dados foram realizadas utilizando-se fundamentalmente os recursos do Tabwin 3.0 e do Microsoft Excel 2003.

Limitações metodológicas

Por se tratar de um estudo com dados secundários, não há controle do pesquisador em relação a erros decorrentes de digitação, registro e confiabilidade das informações prestadas. O sub-registro de óbito é um fator que pode interferir nos resultados, porque o seu comportamento não é homogêneo nos diferentes grupos etários, sexos, grupos de causas, mesorregiões e ao longo do tempo. No entanto, a correção ou o ajuste deste problema implicaria em conhecer a sua distribuição no estado, segundo as variáveis citadas, o que não é objetivo desse estudo. Assume-se, portanto, que o sub-registro ocorre de maneira homogênea em todo o estado.

Como a fonte de dados populacionais é o IBGE, as possíveis inconsistências seriam decorrentes da fidedignidade das informações dos censos demográficos e do método de estimativa populacional empregado por esta instituição, não tendo sido previsto nenhum tipo de ajuste ou correção nesse sentido. Apesar destas ressalvas em relação às bases de informação do SIM e do IBGE, consideraram-se como válidas nesse estudo, por se tratarem das fontes de dados oficiais do Brasil.

Outras limitações do trabalho referem-se aos pressupostos do próprio indicador APVP, tais como a fixação dos limites etários inferior e superior no seu cálculo, desconsiderando mortes em menores de 1 ano e em maiores de 70 anos; e a não consideração do efeito das incapacidades geradas pelas doenças, já que o APVP só computa eventos mórbidos, desconsiderando quaisquer problemas de saúde não letais, mesmo aqueles que determinam algum grau de incapacidade, permanente ou não. No entanto, as metodologias empregadas na construção desse tipo de indicador são bastante complexas e seu cálculo exige informações que nem sempre estão disponíveis¹⁵.

Procedimentos éticos

O presente projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Pernambuco.

RESULTADOS

O estado de Pernambuco, como demonstra **Tabela 1**, registrou 401 óbitos por aids em 1996. A Região Metropolitana do Recife (RMR) concentrou 80,55% dos óbitos, ao passo que a Região do São Francisco registrou apenas 1,5%. A aids foi responsável por 13.587 APVP em Pernambuco no ano de 1996. A RMR é a primeira entre as mesorregiões do estado, sendo responsável por 79,02% dos APVP, enquanto a Região do São Francisco é a última, perfazendo 1,62%.

Pernambuco apresentou uma taxa de APVP de 1,96/1.000 habitantes. Entre suas mesorregiões, a RMR e o Sertão revelaram a maior e a menor taxa de APVP, 3,66/1.000 e 0,39/1.000, respectivamente. Em média, 33,9 anos foram perdidos para cada óbito por aids (APVP/óbito) em Pernambuco, no referido ano. A Zona da Mata apresentou maior perda, 37,5 anos, sendo a menor perda revelada na RMR, 33,2 anos. A idade média ao morrer por aids em Pernambuco foi de 36,1 anos, sendo maior a média na RMR com 36,8 anos, e a menor, na Zona da Mata com 32,5 anos (**Tabela 1**).

Em relação ao ano de 2005, o estado registrou 398 óbitos por aids em 2005. A RMR concentrou 71,1% dos óbitos, ao passo que a Região do São Francisco registrou 1,51%. A aids foi responsável por 12.744,5 APVP em Pernambuco no ano de 2005. A RMR é a primeira entre as mesorregiões do estado, sendo responsável por 70,6% dos APVP, enquanto a Região do São Francisco é a última, perfazendo 1,29% (**Tabela 2**).

O estado apresentou uma taxa de APVP de 1,61/1.000 habitantes. Entre suas mesorregiões, a RMR e o São Francisco revelaram a maior e menor taxa de APVP, 2,64/1.000 e 0,34/1.000, respectivamente. Em média, 32,03 anos foram perdidos para cada óbito por aids em Pernambuco. A mesorregião da Zona da Mata apresentou maior perda, 33,79 anos, sendo a menor perda revelada na Região do São Francisco, 27,5 anos. A idade média ao morrer por aids em Pernambuco foi de 37,98 anos. Os óbitos ocorrem em média aos 42,5 anos na Região do São Francisco, sendo observados mais precocemente na Região da Zona da Mata, aos 36,21 anos (**Tabela 2**).

Tabela 1 – Óbitos e Anos Potenciais de Vida Perdidos por aids na faixa etária de 1 a menor de 70 anos segundo mesorregiões, Pernambuco, 1996.

Mesorregião	Óbitos	APVP			
		N	Taxa de APVP	APVP/Óbito	Idade Média ao Morrer
São Francisco	6	220	0,56	36,70	33,30
Sertão	9	317,5	0,39	35,30	34,70
Agreste	37	1.337,5	0,77	36,10	33,90
Zona da Mata	26	975	0,90	37,50	32,50
Metropolitana	323	10.737	3,66	33,20	36,80
Pernambuco	401	13.587	1,96	33,90	36,10

Legenda:

Óbitos = número de óbitos.

N = número de APVP.

Índice de APVP = (número de APVP/população) x 1.000.

APVP/óbito = (número de APVP/número de óbitos).

Idade média ao morrer = (70 - APVP/óbito).

Tabela 2 – Óbitos e Anos Potenciais de Vida Perdidos por aids na faixa etária de 1 a menor de 70 anos segundo mesorregiões, Pernambuco, 2005.

Mesorregião	Óbitos	APVP			
		N	Taxa de APVP	APVP/Óbito	Idade Média ao Morrer
São Francisco	6	165,0	0,34	27,50	42,50
Sertão	13	437,5	0,50	33,65	36,35
Agreste	46	1.455,0	0,75	31,63	38,37
Zona da Mata	50	1.689,5	1,43	33,79	36,21
Metropolitana	283	8.997,5	2,64	31,79	38,21
Pernambuco	398	12.744,5	1,61	32,03	37,98

Legenda:

Óbitos = número de óbitos

N = número de APVP

Índice de APVP = (número de APVP/população) x 1.000

APVP/óbito = (número de APVP/número de óbitos)

Idade média ao morrer = (70 - APVP/óbito)

Conforme a **Tabela 3**, o número de óbitos por aids em Pernambuco apresentou uma redução de 0,75% entre 1996 e 2005. O mesmo comportamento de queda é observado apenas para a RMR, 12,38%. O maior acréscimo é registrado na Zona da Mata, com 92,31%, seguida do Sertão e Agreste. Vale ainda ressaltar a estabilização observada na Região do São Francisco.

Em relação aos APVP, é observado um decréscimo no estado de 6,20% entre os anos estudados. O São Francisco revelou a maior redução, 25%, ao passo que a Zona da Mata apresentou o maior incremento, 73,28%, seguida por Sertão e Agreste. A taxa de APVP apresentou uma redução de 17,86% em Pernambuco. Na mesorregião do São Francisco foi observada a maior redução, 39,29%. Em comportamento contrário, a mesorregião da Zona da Mata, revelou o maior aumento, 58,89% (**Tabela 3**).

Entre 1996 e 2005, a média de anos perdidos para cada óbito por aids (APVP/óbito) em Pernambuco apresentou uma redução de 5,52%. Comportamento observado em todas as mesorregiões, sendo maior e a menor redução, registradas nas mesorregiões do São Francisco e RMR, com 25,07% e 4,25%, respectivamente.

Houve um aumento de 5,21% em relação à idade média ao morrer por aids em Pernambuco. O mesmo comportamento foi verificado em todas as regiões estudadas. O São Francisco apresentou o maior acréscimo, 27,63%, ao passo que a RMR registrou o menor, 3,83% (**Tabela 3**).

Analisando de forma mais aprofundada cada mesorregião, observamos que o São Francisco não apresentou mudança entre os anos quanto ao número de óbito por aids, porém foi a região que mostrou as maiores reduções quanto ao número de APVP (-25%), à taxa de APVP (-39,29%) e APVP/óbito (-25,07%). Em 1996 ocupava a segunda colocação em relação à média de anos subtraídos por cada óbito de aids (36,7 anos), passando em 2005 a ser a mesorregião que menos subtraiu anos por cada óbito de aids (27,5 anos). Apresentava a quarta maior idade média ao morrer por aids (33,3 anos) em 1996, passando a apresentar-se como primeira (42,5 anos) em 2005 (**Tabela 3**).

A mesorregião do Sertão (**Tabela 3**) revelou aumento em relação ao número de óbitos (44,44%), APVP (37,80%) e taxa de APVP (28,21%). Em 1996, ocupava a quarta colocação em relação à média de anos subtraídos por cada óbito de aids (35,3), passando em 2005 a ser a segunda mesorregião que mais subtraiu anos por cada óbito de aids (33,65). Em relação à idade média ao morrer por aids, em 1996 ocupava a segunda colocação (34,7), passando para quarta colocação em 2005 (36,35).

O Agreste pernambucano apresentou aumento tanto em relação ao número de óbitos (24,32%) quanto aos APVP (8,79%) entre os anos estudados, porém esses acréscimos foram os menores registrados entre as mesorregiões (**Tabela 3**). Em 1996 ocupava a segunda colocação no tocante ao quantitativo de óbitos e APVP, passando para terceira colocação em 2005. Em relação à taxa de APVP, apresentou a menor redução (2,60%) entre as mesorregiões nos anos considerados. No que diz respeito à idade média ao morrer, em 1996 apresentava a terceira maior idade (33,9 anos), passando para a segunda colocação em 2005 (38,37 anos).

A Zona da Mata apresentou aumento em relação ao número de óbitos (92,31%), APVP (73,28%) e taxa de APVP (58,89%), sendo estes valores os maiores registrados entre as mesorregiões no período considerado. Em 1996 ocupava a terceira colocação no tocante ao quantitativo de óbitos e APVP, passando para a segunda colocação em 2005. No tocante à taxa de APVP (segunda), à média de anos perdidos por cada óbito de aids (primeira) e à idade média ao morrer por aids (quinta), as referidas colocações foram mantidas em 2005 (**Tabela 3**).

A RMR apresenta os maiores números de óbitos, APVP e taxa de APVP entre as regiões do estado. Contudo, foi a única mesorregião que apresentou redução de óbitos (12,38%) e APVP (16,20%) entre 1996 e 2005 (**Tabela 3**). Em 1996, foi a única mesorregião que apresentou valores da taxa de APVP (3,66/1.000) e idade média ao morrer (36,8 anos) superiores aos números do estado como um todo. No ano de 2005, apenas a taxa de APVP (2,64/1.000) manteve-se acima da média estadual (1,61/1.000). No tocante à média de anos perdidos por cada óbito de aids, foi a única mesorregião que revelou uma média de anos (33,2 anos) abaixo de média estadual (33,9 anos) em 1996.

Vale ressaltar que a RMR foi a única que apresentou melhora em todas as variáveis investigadas entre os anos de 1996 e 2005, aspecto também observado no estado como um todo. A semelhança

Tabela 3 – Variação percentual de óbitos e Anos Potenciais de Vida Perdidos por aids na faixa etária de 1 a menor de 70 anos, segundo mesorregiões, Pernambuco, 1996 e 2005.

Mesorregião	Variação % entre 1996 e 2005				
	Óbitos	APVP			
		N	TAPVP	APVP/Óbito	Idade Média ao Morrer
São Francisco	0	-25,00	-39,29	-25,07	27,63
Sertão	44,44	37,80	28,21	-4,67	4,76
Agreste	24,32	8,79	-2,60	-12,38	13,19
Zona da Mata	92,31	73,28	58,89	-9,89	11,42
Metropolitana	-12,38	-16,20	-27,87	-4,25	3,83
Pernambuco	-0,75	-6,20	-17,86	-5,52	5,21

Legenda:

Óbitos = número de óbitos

N = número de APVP

Índice de APVP = (número de APVP/população) x 1.000

APVP/óbito = (número de APVP/número de óbitos)

Idade média ao morrer = (70 - APVP/óbito)

entre o comportamento das variáveis apresentado pela RMR com o de Pernambuco deflagra a importância dessa região na epidemia do estado (**Tabela 3**).

DISCUSSÃO

A relevância apresentada pela RMR na epidemia de aids do estado pode ser compreendida por razões diversas: tratar-se da região mais populosa e mais intensamente interligada pelas vias de comunicação; da região mais urbanizada e que conta com maior número de municípios de grande e médio portes e ainda da região onde a epidemia é mais antiga¹⁶. A baixa participação relativa das outras mesorregiões pode ser reflexo de uma introdução retardada da epidemia de aids e de problemas com o sistema de vigilância epidemiológica^{17,18}.

No entanto, no último ano analisado, é destaque a participação das mesorregiões da Zona da Mata e do Sertão, não apenas pelos maiores aumentos na frequência de óbitos por aids registrados, como também pelos mais expressivos acréscimos de APVP e taxa de APVP. O que talvez seja explicado por um acesso desigual aos serviços de saúde, além da presença importante dos fatores socioeconômicos e culturais que são determinantes na história natural da doença¹⁹.

A influência de fatores socioeconômicos na epidemia pelo HIV/ aids tem sido discutida na literatura científica. Por exemplo, a despeito da terapia antirretroviral gratuita, a queda na mortalidade por aids apresentou diferenças em relação às condições socioeconômicas das áreas, sendo a redução menor na população vivendo em áreas pouco desenvolvidas e de exclusão social²⁰.

Em termos geográficos, mesmo sendo preponderante a importância da aids como causa de morte na RMR, observou-se, no período estudado, a diminuição da proporção dos óbitos e dos APVP por aids nessa mesorregião entre os anos estudados, assim como o aumento do número de óbitos e APVP em outras três mesorregiões (Zona da Mata, Sertão e Agreste), o que sugere a disseminação da epidemia do cinturão metropolitano para municípios do interior

do estado, concordando com tendências recentes da epidemia em outros estados do Brasil^{10,21}.

Vale ressaltar como possível explicação para o aumento nessas mesorregiões: a redução das proporções de óbitos de causas mal definidas nessas áreas, fato que possivelmente aponta para uma melhora no sistema de vigilância epidemiológica, e consequentemente, melhora no preenchimento da declaração de óbito, na codificação da causa básica e até no processamento dos dados⁷.

Contudo, para melhor entendermos esses acréscimos, onde os dados são populacionais, também devemos considerar que flutuações randômicas no número de eventos entre diferentes unidades espaciais e temporais de análise podem comprometer os indicadores obtidos. O efeito dessas flutuações é proporcionalmente maior quanto menor for o número de eventos. Assim, as taxas baseadas em pequenos números podem ser instáveis²².

A dinâmica da disseminação espacial da epidemia tem sido maior, nos últimos anos, entre municípios pequenos, com menos de 50 mil habitantes. Tratam-se de municípios mais pobres e de menor renda *per capita*. Ao contrário do que se observa entre as cidades grandes com mais de 500 mil habitantes, onde há desaceleração da velocidade de crescimento, concordando com o comportamento encontrado neste estudo para a RMR²³.

Pesquisas anteriores²⁴ apontam que a evolução da epidemia, o grau de implementação das medidas de prevenção e tratamento, o conhecimento da população sobre a doença, o nível de escolaridade, fatores socioeconômicos, diferentes categorias de exposição, adesão ao tratamento e outros fatores explicam as diferenças de tendências da epidemia de aids entre as macrorregiões do Brasil. Talvez esses mesmos fatores sejam importantes para compreender as diferenças do comportamento da aids nas mesorregiões de Pernambuco.

Ultimamente tem sido debatida a “polarização geográfica”, que faz com que as realidades de saúde da população de um mesmo país se apresentem completamente distintas, dependendo da região considerada. Vale ressaltar que esses indicadores, que se referem à população como um todo, também escondem uma polarização social, manifestada pelas desigualdades entre grupos populacionais diferentes, que não possuem as mesmas condições de moradia, alimentação, educação e o mesmo acesso à saúde⁴. Estes aspectos podem ser comprovados, a partir dos achados desse estudo, em termos de mortalidade prematura por aids, que não é homogênea entre as mesorregiões do estado.

Os diferentes estágios e perfis da epidemia de aids em Pernambuco tornam complexa a tarefa de explicar os resultados encontrados. Quando analisada regionalmente, a epidemia apresentou um comportamento heterogêneo: o número de óbitos cresce na maioria das regiões, mantém-se estável no São Francisco e apresenta redução na RMR. Em relação aos APVP também há um aumento na maioria das regiões e redução nas regiões do São Francisco e Metropolitana. Porém, no estado e em todas as suas mesorregiões houve redução no número de anos subtraídos para cada óbito por aids, aumentando, consequentemente, a idade média ao morrer.

A variação observada em Pernambuco entre 1996 e 2005 na taxa de APVP foi de -17,86%, o que indica a migração dos óbitos para idades mais avançadas. Isso se confirma quando analisamos a idade média ao morrer observada no período considerado, passando de 36,1 anos em 1996 para 37,98 anos no último ano analisado, o

que representa um ganho médio de 1,88 ano no período, resultado semelhante quando se investigou o padrão de mortalidade por aids no estado de Santa Catarina³.

A hipótese principal é que, pelo menos em grande parte, a diminuição dos APVP por aids seja consequência do aumento da sobrevida dos pacientes devido à melhoria das condições de tratamento, especialmente à terapêutica combinada de antirretrovirais de forma universal no Brasil, a partir de 1996. Além deste fator, merece destaque a descentralização do atendimento, que possibilita diagnóstico e intervenção mais precoces e adequados das infecções oportunistas, o que altera consideravelmente a sobrevida dos pacientes^{19, 25}.

No entanto, é fundamental observar os diversos fatores capazes de influenciar a qualidade e o tempo de vida dos indivíduos com HIV/aids. O manejo clínico cuidadoso e adequado dos indivíduos vivendo com HIV/aids por profissionais treinados e eficientes, a quimioprofilaxia e o tratamento de determinadas infecções oportunistas que reduzem o risco de evolução fatal, a compreensão dos fatores constitucionais e o acompanhamento psicológico dos pacientes são todos aspectos fundamentais a serem considerados, sem os quais a administração pura e simples da terapia antirretroviral não seria suficiente para mudar o prognóstico da infecção pelo HIV. Observa-se que, mesmo antes da instituição dessa terapêutica, a sobrevida dos pacientes já era maior nos países industrializados que nos países em desenvolvimento¹⁹.

Levando-se em conta que o óbito é um evento tardio, provavelmente a infecção pelo HIV vem ocorrendo em faixas etárias mais precoces, sugerindo que as medidas de prevenção aqui no estado sejam direcionadas principalmente para adolescentes e adultos jovens¹⁰.

CONCLUSÃO

A partir da análise dos resultados deste estudo, conclui-se que em Pernambuco, entre os anos de 1996 e 2005, houve uma redução do número de óbitos por aids (-0,75%), dos Anos Potenciais de Vida Perdidos por aids (-6,20%), da Taxa de Anos Potenciais de Vida Perdidos por aids (-5,52%) e do número de anos perdidos por cada óbito (-5,52%), elevando-se conseqüentemente, a idade média ao morrer por aids (5,21%).

Houve uma preservação de 842,5 Anos Potenciais de Vida por aids no estado de Pernambuco entre 1996 e 2005. Em 1996, a idade média ao morrer por aids no estado de Pernambuco era de 36,1 anos, elevando-se para 37,98 anos em 2005, o que representa um ganho médio de 1,88 ano no período.

Na média entre 1996 e 2005, cerca de 75,83% dos óbitos e cerca de 74,81% dos APVP por aids do estado de Pernambuco ocorreram na Região Metropolitana do Recife, demonstrando ser a de maior magnitude e transcendência para a referida epidemia no estado, embora seja a única mesorregião que apresentou melhora em todas as variáveis investigadas, alcançando resultado semelhante ao do estado como um todo.

Houve um aumento do número de óbitos e dos Anos Potenciais de Vida Perdidos por aids nas mesorregiões da Zona da Mata, Sertão e Agreste, contrariando o comportamento do estado como um todo.

Embora não tenha alterado o número de óbitos por aids entre 1996 e 2005, a região do São Francisco apresentou as maiores reduções de APVP (-25%), taxa de APVP (-39,29%) e APVP/óbito (-25,07%), atingindo a maior idade média ao morrer por aids no estado em 2005 (42,5 anos).

Os resultados observados neste estudo demonstram a importância do indicador APVP na análise da mortalidade por aids. O uso do indicador mostrou com maior intensidade o impacto das mortes prematuras sobre grupos populacionais, uma vez que, apesar do aumento observado na sobrevida das pessoas infectadas, a aids, como causa específica, ainda é responsável por milhares de APVP em Pernambuco, colocando em evidência as regiões onde esse problema é mais grave.

Da presente análise, ainda foi possível levantar a hipótese de que Pernambuco vem experimentando modificações na trajetória da aids, sendo observadas nesse estudo, duas das tendências nacionais da epidemia: interiorização e maior sobrevida nos pacientes vivendo com HIV/aids.

Colaboradores

Romualdo Mendonça de Lucena

Foi responsável pela concepção, planejamento, definição metodológica, coleta dos dados, elaboração do plano de análise e análise dos dados.

Jailson Lopes de Sousa

Foi responsável pela orientação da concepção, planejamento, definição metodológica, elaboração do plano de análise e análise dos dados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Machado HOP, Medeiros KR, Albuquerque PC, Gurgel Júnior GD. Um banco de dados a ser explorado na perspectiva dos recursos humanos para o SUS: a experiência do observatório de recursos humanos em saúde. In: Ministério da Saúde. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.
2. Pereira MG. Indicadores de Saúde. In: _____ Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995. p. 49-144.
3. Peixoto HCG. Mortalidade em Santa Catarina Aplicação do indicador anos potenciais de vida perdidos. (Dissertação de Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, 1997.
4. Peixoto HCG, Souza ML. O Indicador Anos Potenciais de Vida Perdidos e a Ordenação das causas de morte em Santa Catarina, 1995. *Inf Epid SUS* 1999; 8(1):17-25.
5. Carmo EH, Barreto ML, Silva Jr JB. Mudanças nos padrões de morbimortalidade da população brasileira: os desafios para um novo século. *Epidemiol Serv Saúde* 2003; 12(2):63-75.
6. Reichenheim ME, Werneck GL. Anos Potenciais de Vida Perdidos no Rio de Janeiro, 1990. As Mortes Violentas em Questão. *Cad Saúde Pública* 1994; 10 (1 Suppl.):188-198.
7. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia/CENEPI. Estudos Epidemiológicos. FUNASA; 2000.
8. Sakae TM, Medeiros LS, Peres MAA. Perfil da mortalidade por aids em Santa Catarina – 2000 a 2004. *Arq Catarinenses Medicina* 2006; 35(2).
9. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional DST/Aid. Boletim Epidemiológico aids 2001; Ano XIV, n. 2.
10. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional DST/aids. Boletim Epidemiológico aids 2007; Ano IV, n. 2.
11. Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Gerência de Atenção DST/aids. Boletim Informativo DST/aids 2006; Ano VI, n. 2.

12. Romeder JM, Whinnie JR. Anos potenciais de vida perdidos entre as idades de 1 a 70 anos: um indicador de mortalidade prematura para o planejamento em saúde. In: O desafio da Epidemiologia. Washington: OPAS; 1988.
13. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br> Acessado em: 10/10/2007.
14. Organização Panamericana de Saúde. Técnicas para medição do impacto da mortalidade: Anos potenciais de vida perdidos. Boletim Epidemiológico 2003; 24(2).
15. Rouquayrol MZ, Keer-Pontes LRS. A Medida de Saúde Coletiva. Almeida Filho N, Rouquayrol MZ. In: Epidemiologia e Saúde. Rio de Janeiro: MEDSI; p. 37-82, 1993.
16. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional DST/aids. Boletim Epidemiológico aids 1999, Ano XII, n.2.
17. Sousa JL, Brito AM. Análise de tendência dos casos de aids em menores de 13 anos por transmissão vertical: Brasil, 1990 a 2001. Rev Saúde Pública 2006; 40(Suppl.):18-22.
18. Sousa JL, Silva MDP, Montarroyos UR. Incidência de aids no grupo etário de 50 anos e mais no período anterior e posterior à introdução de medicamentos para disfunção erétil: Brasil: 1990 a 2003. Rev Bras Geriatria Gerontologia 2007; 10(2):203-216.
19. Santos NJS, Tayra A, Silva SR, Buchalla CM, Laurentini R. A aids no Estado de São Paulo. As mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica Rev Bras Epidemiologia 2002; 5(3):286-310.
20. Farias NSO. Mortalidade por aids e condições socioeconômicas no município de São Paulo, 1994 a 1999. (Tese de Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública de São Paulo, 2002.
21. Szwarcwald CL, Bastos FI, Esteves MAP, Andrade CLT. A disseminação da epidemia de aids no Brasil, no período de 1987-1996: uma análise espacial. Cad Saúde Pública 2000; 16 (1 Suppl.):7-19.
22. Washington State Department of Health (WSDH), 2000. What vital statistics can and can't do. Disponível em: <http://www.doh.wa.gov/EHS-PML/CHS/sub3.htm> Acessado em: 25/09/2007.
23. Brito AM, Castilho EA, Szwarcwald CL. aids e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. Rev Soc Bras Med Tropical 2000; 34(2):47-51.
24. Dourado I, Veras MASM, Barreira D, Brito AM. Tendências da epidemia de aids no Brasil após a terapia antirretroviral. Rev Saúde Pública 2006; 40(Suppl.):9-17.
25. Reis AC, Santos EM, Cruz MM. A mortalidade por aids no Brasil: um estudo exploratório de sua evolução temporal. Epidemiol Serv Saúde 2007; 16(3):195-205.

Endereço para correspondência:**ROMUALDO MENDONÇA DE LUCENA**Rua Rodrigues Ferreira, 45, Bloco C, apto. 1208
Várzea – Recife – PE

CEP: 50810-020

Tel.: 081 9934-9676

E-mail: romualdomendonca@hotmail.com

Recebido em: 21.11.2009

Aprovado em: 19.12.2009

PROSTITUIÇÃO X DST/AIDS: UM ESTUDO DESCRITIVO COM PERSPECTIVA DE PRÁTICAS DE PREVENÇÃO

PROSTITUTION X STD/AIDS: A DESCRIPTIVE STUDY WITH PERSPECTIVE ON PRACTICES OF PREVENTION

Ana Débora A Moura¹, Guldemar G de Lima², Leiliane M Farias³,
Aline R Feitoza⁴, Maria Grasiela T Barroso⁵

RESUMO

Introdução: as doenças sexualmente transmissíveis (DST) são consideradas risco ocupacional para as prostitutas, podendo ser prevenidas com o uso do preservativo. **Objetivo:** relatar como as prostitutas de um município do estado do Ceará estão se prevenindo das doenças sexualmente transmissíveis e aids, e como estas estão incluídas nos programas de prevenção às DST/aids propostos pelo Programa Nacional de DST/HIV/Aids. **Métodos:** estudo do tipo exploratório-descritivo, retrospectivo e de natureza qualitativa. A coleta de dados foi realizada mediante a técnica de autorrelato, e os instrumentos utilizados foram observação-participante e entrevistas não estruturadas. Realizou-se com 30 prostitutas em um município do interior do estado do Ceará, no período de 2000 a 2002. As informações coletadas foram organizadas em quatro tópicos: perfil das prostitutas, uso do preservativo pela prostituta, uso do preservativo pelo parceiro e a DST como realidade, e analisadas com embasamento na literatura pertinente. **Resultados:** pôde-se verificar que as mulheres ingressam na prostituição ainda adolescentes, o baixo nível de informação dessas mulheres que se utilizam do sexo para sobreviver; e o não uso do preservativo em todas as relações sexuais, minimizando as práticas de prevenção com as DST/aids. **Conclusão:** faz-se necessário que os órgãos responsáveis elaborem estratégias que apoiem as adolescentes. Todos os fatores e determinantes causais desse problema devem ser enfatizados, devendo-lhes ser garantidas escolaridade e profissionalização, condições de trabalho digno e uma fonte de renda para o sustento de si e das suas famílias.

Palavras-chave: prostituição, adolescência, prevenção primária, doenças sexualmente transmissíveis (DST), aids

ABSTRACT

Introduction: sexually transmitted diseases (STDs) are considered occupational hazard for prostitutes, which can be prevented with condom use. **Objective:** this study aims to report how prostitutes from a municipality in the state of Ceará are preventing STD/aids and how they are included in STD/aids prevention programs proposed by the National Program of STD/HIV/aids. **Methods:** this is an exploratory and descriptive study of qualitative nature. The data collection was carried out by means of self-report technique, and the instruments used were participant observation and non-structured interviews. Performed with 30 prostitutes in a municipality in the countryside of the state of Ceará in the period between 2000 and 2002. The data collected were organized into four topics: profile of prostitutes, condom use by prostitutes, condom use by partners, and STDs as reality, and analyzed based on relevant literature. **Results:** it is possible to check that women enter prostitution as teenagers, low level of information of these women who use sex to survive, and not using condoms in all sexual relations, minimizing prevention practices of the STD/aids. **Conclusion:** it is necessary that responsible organizations elaborate strategies whose aim is to give option and support for adolescents, so that they do not start very early in the prostitution line. All the factors and determinants which cause this problem must be emphasized. Besides, school and professionalization, decent work conditions and an income source for their own sustenance and the sustenance of their families.

Keywords: prostitution, adolescence, primary prevention, sexually transmitted diseases (STD), aids

INTRODUÇÃO

A prostituição é uma profissão tão antiga que, como brinca o sociólogo Gey Espinheira, só perde para as de mago e sacerdote¹. Apresenta-se como uma atividade provocadora e desconcertante para a sociedade, sendo-lhe negado o *status* profissional. O que a aproxima do conceito de profissão é a sua qualificação como meio de sobrevivência de pessoas que não possuem condições de se inserirem no mercado de trabalho².

O turismo sexual também é uma forma de prostituição, mas muitas das mulheres e adolescentes não se definem como empregando esse expediente e não cobram para manter relações sexuais com os turistas, mas aceitam presentes, colocando-os na categoria

de namorados, e não de clientes. As mais jovens romantizam esses relacionamentos, sonhando em viajar, casar e ter filhos³. Muitas são iludidas pelas promessas de casamento com estrangeiros, são levadas para fora do País e lá são destinadas à prostituição⁴. O turismo sexual ocorre mais comumente em países pobres, principalmente nas áreas de grande concentração populacional urbana, representando um risco real para as DST e aids⁵.

Historiando um pouco sobre a prostituição, não podemos deixar de comentar que, no século XIX, na Inglaterra, houve o primeiro movimento organizado por mulheres feministas e sindicalistas da classe média denunciando a violência e os maus-tratos sofridos pelas prostitutas. Só em 1973, em São Francisco, nos Estados Unidos, uma prostituta, com o apoio de “pessoas da sociedade” como artistas, advogados, jornalistas, intelectuais e políticos, fundou a primeira organização de prostitutas do mundo, que criou leis em sua defesa e uma consciência nacional contra o abuso por parte do Estado e da polícia. Desde esse período não pararam de surgir organizações e associações desse tipo em todo o mundo. No Brasil, a primeira associação de prostitutas foi a de Vila Mimosa, em 1988, no Rio de Janeiro. Em 1990 foi criada a APROCE – Associação das Prostitutas do Ceará, que tem atualmente 3.700 associadas, publica um boletim (*Folha da Aproce*) e desenvolve trabalho

¹ Enfermeira, Mestre em Enfermagem pelo Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (DENF/FFOE/UFC), Professora da Faculdade Integrada da Grande Fortaleza (FGF).

² Enfermeiro, Especialista em Saúde da Família pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE).

³ Enfermeira, Mestre em Enfermagem pelo DENF/FFOE/UFC.

⁴ Enfermeira, Doutora em Enfermagem pelo DENF/FFOE/UFC, Professora da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

⁵ Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora Emérita, Livre-Docente do DENF/FFOE/UFC.

educativo sobre prevenção da aids e sexualidade com prostitutas e adolescentes².

A partir de 2002, o Ministério do Trabalho reconheceu a prostituição como uma das 600 profissões brasileiras, como um trabalho informal; mas isso não garante a elas os direitos trabalhistas (como a aposentadoria), sendo uma das suas maiores reivindicações. Atualmente, existe a Rede Brasileira de Prostitutas, formada por 25 associações, e sua missão é promover a articulação política do movimento de prostitutas e o fortalecimento da sua identidade profissional, visando ao exercício da cidadania, à redução do estigma e da discriminação, e a uma melhor qualidade de vida¹.

Há alguns anos, prostitutas, homossexuais, homens e mulheres com mais de um parceiro sexual e os viciados em drogas injetáveis eram vistos como “grupos de risco” para DST/aids. Hoje, já se sabe que todas as pessoas são suscetíveis a contrai-las, desde que não se protejam⁶.

A problemática da prostituição *versus* DST/aids pôde ser vivenciada de perto por uma das pesquisadoras a partir de sua experiência como enfermeira da Estratégia Saúde da Família (ESF) em um município do interior do Estado do Ceará por mais de 2 anos. Como sua área de abrangência tinha uma microárea que por muitos anos foi a maior zona de prostituição do município, manteve muito contato com prostitutas. Essas mulheres procuravam o serviço de saúde; muitas adolescentes, com manifestações clínicas de DST e gravidezes indesejadas. Então se começou a questionar entre elas o uso do preservativo.

A adolescência é um período marcado por vulnerabilidades, dando-se, nessa época da vida, a descoberta do prazer e o início prematuro da vida sexual, contribuindo para o aumento da suscetibilidade de infecção pelas DST, assim como uma gravidez precoce⁷.

A razão que motivou a realização deste estudo foi a pouca idade com que essas “meninas” chegavam ao serviço de saúde, a desinformação percebida e o despreparo dessas adolescentes/mulheres quanto à prevenção das DST e da aids. Em conversas informais com algumas, relatavam não usar o preservativo em todas as relações sexuais, pois não tinham dinheiro para comprá-lo, alguns parceiros rejeitavam o seu uso, dentre várias outras coisas. Quando a equipe de saúde disponibilizava o preservativo, tornava-se mais fácil sua utilização, mas a equipe não dispunha da quantidade suficiente para suprir a necessidade de todas as prostitutas, pois o município estava com dificuldades financeiras para comprar este material. O fato mais preocupante é que, além do desinteresse das prostitutas com relação às DST, os parceiros também demonstravam despreocupação relativamente a estas doenças.

OBJETIVO

Este estudo objetivou relatar como as prostitutas de um município do Estado do Ceará estão se prevenindo das DST/aids e como estas estão incluídas nos programas de prevenção às DST/aids propostas pelo Programa Nacional de DST/HIV/aids.

MÉTODOS

Estudo do tipo exploratório-descritivo, retrospectivo, e de natureza qualitativa. O estudo exploratório-descritivo tem por finalidade

de observar, descrever e documentar os aspectos da situação. Olha retrospectivamente para eventos antecedentes. E o pesquisador desta modalidade investigativa está examinando e interpretando os dados continuamente e tomando decisões sobre como prosseguir, com base no que já foi descoberto⁸.

Os sujeitos do estudo foram 30 prostitutas que faziam acompanhamento com a equipe de Saúde da Família, seja no pré-natal, no planejamento familiar, na prevenção do câncer ginecológico, dentre outros. Utilizou-se como critério de inclusão: que fossem prostitutas; de idades variadas; e que concordassem espontaneamente em participar da pesquisa.

A coleta das informações foi realizada mediante a técnica de autorrelato, em que a pesquisadora fornece informações que seriam difíceis, se não impossíveis, de coletar por outros meios. Os instrumentos de autorrelato podem reunir dados retrospectivos sobre as atividades e os eventos que ocorreram, ou sobre comportamentos nos quais os participantes intencionam engajar-se no futuro. Também são usados para medir as características psicológicas por meio da comunicação direta com os participantes⁸.

Os métodos utilizados no estudo foram observação participante e entrevista não estruturada. Os métodos de observação podem ser usados para reunir informações como as características e as condições dos indivíduos, as comunicações verbal e não verbal, as atividades e as condições ambientais. O observador participante toma parte no funcionamento do grupo, observando e registrando informações dentro dos contextos e experiências relevantes aos participantes. Assumindo um papel participativo, o pesquisador pode visualizar o que teria escapado a um observador mais passivo. As entrevistas não estruturadas são de maior utilidade quando uma nova área de pesquisa está sendo explorada, permitindo que os pesquisadores descubram quais são os aspectos básicos, como os indivíduos conceitualizam e falam sobre o fenômeno e qual a gama de opiniões ou comportamentos relevantes⁸.

Os dados foram coletados no período em que a pesquisadora trabalhou no referido município (2000-2002), no Posto de Saúde, em visitas aos prostíbulos, nos bares onde as prostitutas trabalhavam ou nas suas residências. Os instrumentos utilizados foram os prontuários das mulheres e, na maioria das vezes, o diário de campo da pesquisadora.

As informações coletadas foram organizadas em quatro tópicos: perfil das prostitutas, uso do preservativo pela prostituta, uso do preservativo pelo parceiro, e a DST como realidade, e analisadas com embasamento na literatura pertinente.

Foram respeitados os aspectos éticos da pesquisa, preconizados pela Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, assegurando o sigilo e o anonimato das informantes, e obtida a permissão destas para a realização do estudo, com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo é parte integrante do projeto de pesquisa intitulado “Educação em saúde com prostitutas na prevenção das DST/aids: reflexões à luz de Paulo Freire”, encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (COMEPE), sob protocolo de nº 228/06.

RESULTADOS

Perfil das prostitutas

Das 30 mulheres estudadas, 19 trabalhavam em bar e 11 em prostíbulos. Todas as mulheres que trabalhavam nos prostíbulos ali

residiam, enquanto as que exerciam a função nos bares moravam, às vezes, no próprio bar ou em residências próprias, exercendo outra atividade, como empregada doméstica.

A idade variou entre 15 e 56 anos, sendo que três mulheres se encontravam na faixa etária de 15 a 19 anos; 15 dos 20 aos 29 anos, sendo a grande maioria; sete mulheres, dos 30 a 39 anos; quatro encontravam-se dos 40 a 49 anos de idade e apenas uma entre 50 e 60 anos. Observamos também que as mulheres que residiam nos prostíbulo eram mais jovens do que as demais, com exceção apenas de uma, que era dona de um prostíbulo, tinha 56 anos e ainda exercia a prostituição. Percebemos que mais da metade das prostitutas se encontravam com menos de 30 anos, e que a idade influencia fortemente nesta atividade, pois, quanto mais jovem for a mulher, mais clientes ela terá. Como informam as mesmas, o número de clientes é inversamente proporcional à idade das prostitutas.

Estudos apontam que o perfil de adolescentes que se prostituem na região compreende pessoas cuja família possui baixa renda, residem em áreas periféricas da cidade, algumas da zona rural do estado do Ceará, como neste trabalho. É percebida uma desagregação dos laços afetivos. Muitas vezes a família faz “vista grossa” ou até mesmo estimula, pois aquele adolescente se torna arrimo daquele grupo familiar⁹.

O tempo em que as prostitutas exerciam essa atividade variou de 3 meses a 39 anos de profissão. Dividimos esse tempo em cinco categorias, sendo as prostitutas que trabalhavam há menos de 1 ano; de 1 a menos de 10 anos; de 10 a menos de 20 anos; de 20 a menos de 30 anos; e de 30 a menos de 40 anos. A maioria delas tinha bastante tempo de profissão, merecendo destaque para as que tinham menos de 20 anos de profissão, que somava um total de 24 mulheres. As mulheres entrevistadas relatavam que a rotatividade nesses bordéis e bares é muito grande, pois se elas permanecerem por muito tempo no mesmo local ficariam conhecidas e o número de clientes diminui. Quando chegam a uma localidade, ou nova cidade, são mais procuradas, por serem menos conhecidas. Portanto, podemos perceber no estudo que a maioria delas iniciou essa atividade muito cedo.

Quanto ao estado civil, observamos quatro categorias distintas: solteira, casada, separada e viúva. Das 30 entrevistadas, 23 eram solteiras, apenas uma casada, quatro separadas e duas viúvas. A que referia ser casada relatou não manter mais relações sexuais com outros homens, mas ainda frequentava o bar para “ajudar”. Segundo o relato da auxiliar de enfermagem que acompanhou as visitas a alguns bares, as outras prostitutas referiam que ela ainda fazia “programas”. Não se sabe a posição do marido quanto a isso. Já as mulheres separadas e viúvas afirmavam que iniciaram a vida na prostituição como um meio de sobrevivência, pois tiveram que trabalhar para sustentar os filhos e encontraram na prostituição a maneira mais “fácil”.

Com relação à escolaridade, dividiu-se em duas categorias, de acordo com as informações das mulheres: três eram analfabetas e 27 tinham o ensino fundamental. Dezoito mulheres haviam cursado do 1º ao 5º ano, sendo esta a maioria; e nove tinham cursado do 6º ao 9º ano. Nenhuma das entrevistadas tinha ensino médio. Dessa forma, podemos perceber como a baixa escolaridade influencia na escolha dessa profissão; com esse resultado, a capacidade de

compreensão e entendimento, pode ser prejudicada. Essa baixa escolaridade dificulta até um trabalho de Educação em Saúde junto a elas.

A estratégia básica de prevenção da transmissão das DST/aids é a informação, direcionada a capacitar a percepção de fatores de risco, e levar o indivíduo à mudança de comportamento⁷.

Uso do preservativo pela prostituta

Da explanação das 30 prostitutas sobre o uso do preservativo nas relações sexuais, 27 relatavam não usar o preservativo em todas as relações sexuais, pois tinham parceiros fixos, e acreditavam que eles fossem fiéis; outros desses parceiros eram casados e só tinham a elas e à esposa; e outros ainda não gostavam de usar o preservativo.

Esses parceiros fixos eram designados pelas prostitutas como “namorados”, e estes eram muitas vezes casados ou mantinham relacionamentos com outras mulheres. Todos os envolvidos neste ciclo estavam se expondo às DST/aids, inclusive as esposas desses homens. Era possível verificar em suas falas que se estabelecia uma relação de confiança, em que elas acreditavam na fidelidade dos parceiros, inclusive dos homens casados, quando afirmavam que só tinham a elas e a esposa.

Pelos relatos das mulheres, muitas se iniciavam na prostituição muito jovens, após se envolverem com homens casados, engravidarem e serem “abandonadas” por eles. Eram abandonadas também pela família e precisavam conseguir uma forma de ganhar dinheiro para sustentarem a si e a seus filhos.

Já na prostituição, envolviam-se novamente com homens casados, que se tornavam seus parceiros fixos, depositando toda sua confiança nesses homens. Estes prometiam deixar as esposas, assumir seus filhos. Faziam muitas promessas que não cumpriam. Uma delas, que realizava o pré-natal com a equipe, já estava grávida do segundo filho de um homem casado, que prometia deixar a família para assumi-la e aos seus filhos. Até o momento em que se saiu do município, isso não havia acontecido.

Com o parceiro fixo, a prostituta fica mais à vontade, estabelecendo-se mais do que uma relação comercial. É possível dar e receber carinho, afeto, fazendo com que o programa se torne mais agradável. Pode proporcionar uma relação muito próxima ao namoro¹⁰.

Esses homens que mantinham uma relação fixa com a prostituta é que, muitas vezes, exigiam que ela não usasse o preservativo, conforme referiam. Ao procurarem o serviço de planejamento familiar, elas recebiam dois métodos contraceptivos: o preservativo, para usar com os clientes, e a cartela de pílulas, para manter relações sexuais com o namorado, sem preservativo, e não engravidar. De acordo com depoimentos informais das entrevistadas, elas não tomavam a pílula regularmente, pois, com a rotina, esqueciam-se, sem falar também no alto consumo de bebida alcoólica.

Nas relações estáveis, o poder de negociação para o uso do preservativo permanece menor, pois, quando se relaciona o sexo ao amor, geralmente as pessoas se sentem mais protegidas. O tipo de vínculo e o poder implícito na dinâmica dos relacionamentos são variáveis importantes para a adoção de práticas mais seguras¹¹.

A relação fixa com alguns homens casados, sem usar o preservativo, preocupava muito a equipe de saúde e repercutia na população como um todo, pois quem garantia que esse homem não mantinha relações sexuais com outras mulheres, além da esposa e da prostituta? E as doenças que esse homem poderia veicular entre essas mulheres?

O preservativo seria o único método capaz de cortar essa cadeia de transmissão, mas a desinformação entre as prostitutas é muito grande. Elas relatavam que, conhecendo bem o parceiro, gostando dele, ele sendo casado, ou tendo realizado ligação tubária, não usavam o preservativo.

O mais curioso de tudo é que, quando a equipe se dispunha a falar sobre métodos contraceptivos com as prostitutas, o método que elas tinham menos interesse era o preservativo pois, segundo elas, já sabiam até demais. Percebemos que esse conhecimento, porém, não era aplicado na prática.

As DST/aids tornaram-se, para as prostitutas, com o passar do tempo, um risco ocupacional, pois o sexo é o instrumento do seu trabalho. O preservativo deveria equivaler ao equipamento de segurança da prostituta, sendo indispensável para o exercício da sua profissão⁵.

No início da década de 1980, considerava-se que a transmissão da aids acontecia apenas entre indivíduos de “grupos de risco”, como homossexuais masculinos, usuários de drogas injetáveis, prostitutas e portadores de hemofilia. Hoje, vivencia-se outro momento, quando já se sabe que a aids se transmite entre indivíduos de ambos os sexos, qualquer idade, sem compartilhar qualquer grupo mais exposto. O fato de a aids haver se manifestado inicialmente em determinados grupos, como os ditos anteriormente, e a desinformação quanto a sua transmissão, aumentaram ainda mais o estigma.

Como as prostitutas pertencem a uma categoria tão estigmatizada e envolvida em vários preconceitos, é necessário estar sempre atento, pois corremos o risco de retroceder historicamente, e voltar a olhar a prostituta como pertencente a um grupo de risco. É necessário também, entendê-la, compreendê-la, estudar e trabalhar sua vulnerabilidade². E essa vulnerabilidade torna-se ainda maior na adolescência.

As barreiras encontradas para o uso do preservativo acontecem tanto para os jovens do sexo feminino quanto do masculino, levando as dificuldades até a vida adulta. Sendo necessário melhorar seu acesso, baixar o custo, disponibilizá-lo nos programas, como também ajudá-los a superar obstáculos pessoais, sociais, culturais e a negociação do uso do preservativo⁷.

Uso do preservativo pelo parceiro

Questionamos com as prostitutas se seus parceiros usavam o preservativo em todas as relações sexuais, isto é, em todos os seus relacionamentos, e 27 referiram que eles não utilizavam o preservativo com elas.

De acordo com as falas comentadas anteriormente, já era de se esperar esse resultado, sendo que três mulheres relatavam não saber se seus parceiros utilizavam ou não o preservativo em todas as relações sexuais, pois não tinham parceiro fixo. Muitos eram os motivos dados pelas prostitutas para que esses homens não usas-

sem o preservativo, como não gostarem, e só manterem relações sexuais com elas e suas esposas. O relato de uma prostituta, adolescente, era de que ela e seu “namorado”, de apenas 17 anos, estavam apaixonados e de que ele só tinha a ela, mesmo sabendo que ela era uma prostituta. Outras ainda referiram que se seus “namorados” a traíssem, dava para perceber... ou que se eles saíssem com outras mulheres, usariam o preservativo.

Mesmo nas relações de maior risco, como o sexo anal e vaginal, alguns argumentos eram usados pelas prostitutas para explicar por que não usavam o preservativo, como, por exemplo, o cliente era considerado de confiança, era cliente antigo, casado e só mantinha relações com a esposa. Elas mantinham uma relação mais de “amizade” com alguns clientes do que uma relação comercial, pois, como referia uma delas, seu cliente era antigo, “velhinho”, só tinha relação sexual com ela e por isso era de confiança. Sabemos, porém, que muitas vezes a prostituta se submete a isso para não perder o freguês. Eles exigiam ter a relação sexual sem preservativo por argumentarem não ter ereção, não atingir o orgasmo e muitas vezes duvidavam da saúde da profissional se ela se negasse.

Só que o preservativo também está associado à falta de confiança na situação ou no outro, só se exigindo de quem não se conhece ou não se confia. O preservativo continua sendo associado a contextos de desconfiança ou desconhecimento do parceiro. Deve-se chamar a atenção dos profissionais de saúde para a necessidade de repensar estratégias de prevenção pautadas na transmissão de informações. As crenças, percepções e os valores podem constituir fatores impeditivos em relação a atitudes, comportamentos preventivos de questões como a aids¹⁰.

As prostitutas, mesmo estando informadas sobre as DST nos seus aspectos clínicos, sentem outra dificuldade na manutenção do uso do preservativo. Percebemos que o fator econômico era sentido por elas de modo mais concreto do que a necessidade de cuidar de sua saúde. Muitas referiam que não recebiam preservativos da dona do prostíbulo ou bar, cobravam apenas R\$ 10,00 pelo “programa”, e o que ganhavam ainda tinham que dividir com a dona do estabelecimento. Dessa forma, só usavam o preservativo se o cliente o disponibilizasse. Segundo relato de algumas, faziam uma média de quatro programas por dia, dependendo do movimento.

Estudos mostram que muitas confessam que os clientes oferecem mais dinheiro para terem relações sexuais sem preservativo, e que elas aceitam⁴. Então, submetem-se a todos os tipos de relacionamentos, humilhações e constrangimentos, para não perderem o cliente e seu pagamento. Em relatos informais de algumas prostitutas no consultório, pode-se perceber até um sentimento de desesperança, de desgosto da vida que levavam, e demonstravam não se importarem muito com o que pudesse acontecer consigo e com sua saúde. Uma delas, ainda jovem, era hipertensa e fazia acompanhamento com a equipe. Sua pressão arterial sempre se encontrava elevada, em razão de maus hábitos alimentares, ingestão excessiva de bebida alcoólica, tabagismo e perda de sono. Ela encontrava-se deprimida e sem perspectivas de uma vida melhor, e relatava só continuar vivendo às custas de muita bebida alcoólica.

Historicamente, o preservativo sempre esteve relacionado com prostituição, práticas promíscuas e relações extraconjugais, indicando má reputação em seu uso; mesmo sendo o método mais eficaz na prevenção das DST/aids, ainda apresenta taxas muito baixas de utilização¹².

As mulheres dos prostíbulo referiam já ter realizado o teste para “aquela” doença, no caso, a aids, e havia dado negativo. Essas mulheres relatavam esse fato como uma coisa definitiva, como se a prostituta não estivesse se expondo diariamente a contrair qualquer doença. Ela poderia sentir confiança nesse teste se, a partir desse dia, só tivesse relações sexuais com o preservativo. Dessa forma, como essas mulheres vivem, entretanto, sem a proteção adequada, e mantendo relações sexuais com parceiros que se expõem até mais do que elas, são suscetíveis a contrair DST/aids com grande facilidade.

A estigmatização e a discriminação da mulher, principalmente da mulher prostituta, restringirão a possibilidade de um trabalho sério de prevenção que as prostitutas realizariam. A aids será combatida eficazmente se todos respeitarem os direitos humanos (da mulher) quanto à saúde, ao sexo, ao trabalho, à confidencialidade médica, entre outras coisas¹³. Dessa forma, a prostituta necessita da conscientização e apoio do seu parceiro/cliente no momento da negociação do “programa”, para que sejam tomadas as medidas adequadas para a prevenção das DST e aids.

A DST como realidade

Das 30 prostitutas do estudo, 15 referiram nunca ter contraído DST. Onze referiram algum tipo de inflamação e apenas quatro declararam ter contraído uma DST. A maioria das inflamações relatadas pelas prostitutas era de doenças sexualmente transmissíveis, comprovadas em exames ginecológicos, mas a maior parte delas não compreendia bem essa relação, generalizando tudo como inflamação.

As “inflamações”, os corrimentos, as dores no baixo ventre, e as DST que elas referiam eram reflexo do uso inadequado, ou, podemos dizer, do não uso do preservativo em todas ou em algumas de suas relações sexuais. Algumas das mulheres, que relataram ter tido uma DST, referiram que apresentaram a doença pela primeira vez na adolescência, com 15, 16 anos; que foram momentos muito difíceis, pois eram doenças de tratamento prolongado, dolorosas, e que tinham de esconder sua condição, ou da família, ou da dona do bar onde trabalhavam.

As DST predisõem a mulher a contrair o HIV, pois essas infecções provocam um processo inflamatório na parede vaginal, tornando-a porta de entrada para o vírus da aids. Se a infecção for acompanhada por úlceras ou feridas, como no caso da sífilis ou do herpes, o risco é ainda maior. Em razão das precárias condições de saúde no Brasil, as infecções vaginais são muito frequentes¹⁴.

Verificamos que 15 dessas mulheres já tiveram algum incômodo com relação a doenças contraídas na relação sexual, e quatro delas referiram ter tido condiloma ou gonorreia. Outras que referiram nunca ter contraído uma DST afirmaram que já tiveram “esquentamento”, “inchaço”, “caroços na genitália”, e outra ainda afirmou ter tido “um germe”. Dessa forma, percebemos que as prostitutas não tinham muito conhecimento, nem eram bem informadas quanto a sua patologia e seu tratamento.

Estudo¹⁵ revela que as prostitutas apresentam uma frequência de vaginose bacteriana (quatro vezes) e antecedentes de DST (quase nove vezes) maior em relação ao grupo-controle, assim como maior procura em clínicas de DST. Sabemos que a vaginose bacteriana não é uma DST verdadeira, e sim, uma doença sexualmente

relacionada ao fumo, baixo nível socioeconômico, hábito de utilizar ducha vaginal, aos antecedentes de DST e higiene vaginal precária. Estes fatores foram significativamente mais frequentes entre as prostitutas.

Portanto, as DST eram uma realidade na vida das prostitutas, muitas vezes se iniciando na adolescência, como visto anteriormente, com tratamentos prolongados e sofridos. Na maioria das vezes, as prostitutas não têm apoio nem da dona do bar, ou do prostíbulo em que trabalham, como relatavam à equipe de saúde, tendo que esconder com frequência sua condição para não perderem o emprego ou cliente, pois mesmo entre elas ainda há muita discriminação. E, se a dona do bar ou do prostíbulo descobrisse que a prostituta tinha uma DST, essa mulher ficava sem receber clientes até que obtivesse alta do tratamento. Isso causava muito transtorno para a prostituta, inclusive financeiro; dessa forma, ela procurava esconder sua condição tanto da dona do bar ou prostíbulo, como do cliente.

CONCLUSÃO

Podemos verificar no estudo que a maioria das prostitutas não usava o preservativo em todas as relações sexuais, principalmente quando os homens eram seus parceiros fixos, “namorados” (como os designavam), conhecidos de muito tempo, de confiança, “velhinhos” ou casados. Seus parceiros também usavam de vários argumentos para justificar a não utilização do preservativo. Percebemos que se estabelece mais do que uma relação comercial, tornando-se uma relação próxima ao namoro. Dessa forma, pode-se dar e receber carinho, afeto, fazendo com que o “programa” se torne mais agradável, mas não mais seguro.

O fator econômico era sentido por elas de modo mais concreto do que a necessidade de cuidar de sua saúde, pois se o cliente propusesse uma quantidade maior de dinheiro pelo programa sem preservativo, muitas delas aceitavam, correndo o risco de contrair DST e até mesmo a aids. Elas se submetiam a todos os tipos de relacionamentos, humilhações e constrangimentos, para não perderem o cliente e seu pagamento.

Observamos que o preservativo era usado exclusivamente com fregueses desconhecidos e/ou recentes. Portanto, é possível afirmar que elas ainda não haviam sido educadas para a saúde, pois não tinham consciência de que o preservativo é a única barreira eficaz na transmissão de doenças sexualmente transmissíveis.

Percebemos que as DST eram uma realidade na vida da maioria das prostitutas. Muitas delas desconheciam as patologias a que foram expostas e as nomeavam como “inflamação”; apenas algumas sabiam realmente o que tiveram, como gonorreia e condiloma. O mais importante de tudo é que podemos verificar como a desinformação ainda é muito grande numa classe de profissionais que utilizava o sexo para sobreviver; e que essas mulheres necessitavam da ajuda de profissionais da saúde para orientá-las a uma melhor assistência à saúde.

Com tudo o que foi exposto, podemos dizer que a realidade hoje não é diferente; essas “meninas”/mulheres que se prostituem apresentam o mesmo perfil mostrado neste estudo¹⁶; que ainda persiste essa relação “de confiança” com um parceiro fixo; que infelizmente nem todas estão conscientes quanto à não aceitação de um cachê maior pelo não uso do preservativo; e quanto ao uso do preservativo na prevenção das DST/aids.

Concluimos, portanto, que muitos programas foram implantados no país visando exclusivamente à prevenção das DST e aids, à assistência integral à saúde da mulher, mas nenhum deles destinado às adolescentes vítimas da prostituição, ou diretamente relacionados com a prevenção das DST/aids para as mulheres prostituídas; programas sociais que também retirem essas jovens da prostituição, mostrando-lhes opções para uma vida melhor.

Faz-se necessário que os órgãos responsáveis elaborem estratégias que proporcionem opções e apoio às adolescentes, para que não ingressem novas jovens no ramo da prostituição. Todos os fatores e determinantes causais desse problema devem ser enfatizados, devendo-lhes ser garantidas escola e profissionalização, condições de trabalho digno e uma fonte de renda para o seu sustento e da sua família.

Não existem fórmulas ou receitas para retirar as adolescentes da prostituição, pois esse problema faz parte de todo um contexto socioeconômico e cultural do qual fazem parte, mas, já que elas estão inseridas no ramo da prostituição, algo deveria ser feito para minimizar seus problemas no que se refere às DST/aids. Não devemos concordar com o pouco ou quase nada que está sendo feito pelos órgãos governamentais responsáveis pela integridade e cidadania das adolescentes e dessas mulheres também.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Rodrigues A. Sem máscara: prostituta quer profissão regulamentada URL: <http://www.carb.ufba.br/artigos/sem mascara-anai.html> Acessado em: 19/10/2005.
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e aids. Profissionais do Sexo: documento referencial para ações de prevenção das DST e da aids. Série Manuais nº 47. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
- Filho MA. Asas do desejo. In: *Jornal da UNICAMP*, 2004 [1p]. URL: http://www.unicamp.br/unicamp/unicamp_hoje/jornalPDF/ju269pag12.pdf Acessado em: 19/10/2005.
- Torres GV, Davim RMB, Costa TNA. Prostituição: causas e perspectivas de futuro em um grupo de jovens. *Rev Latino-Americ de Enfermagem* [periódico na Internet]. 1999 jul 7(3). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691999000300003 Acessado em: 30/04/2006.
- Lopes KZ, Lopes CM, Costa ADM. Opinions of Members of Travel Agencies About the Prevention Actions to STD/AIDS to the Tourists. *Online Brazilian Journal of Nursing* [OBJN] [periódico na Internet]. 2002 1(2). Disponível em: <http://www.uff.br/nepae/objn102lopesetal.htm> Acessado em: 16/08/2006.
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência à Saúde. Manual do Multiplicador – Profissional do Sexo. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1996.
- Beserra EP, Pinheiro PNC, Alves MDS, Barroso MGT. Adolescência e vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis: uma pesquisa documental. *J Bras Doenças Sex Transm* 2008; 20(1): 32-5.
- Polít DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- Oliveira MVA. Turismo sexual no Ceará Disponível em: <http://www.acmp-ce.org.br/docs/turismosexualceara.doc> Acessado em: 30/04/2006.
- Simon CP, Silva RC, Paiva V. Prostituição juvenil feminina e a prevenção da aids em Ribeirão Preto, SP. *Rev Saúde Pública* [periódico na Internet]. ago 2002; 36(4): 82-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000500012&lng=pt&nrm=iso> ISSN 0034-8910 Acessado em: 19/10/2005.
- Antunes MC, Peres CA, Paiva V, Stall R, Hearst N. Diferenças na prevenção da aids entre homens e mulheres jovens de escolas públicas em São Paulo, SP. *Rev Saúde Pública* [periódico na Internet]. ago 2002 36 (4). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000500013&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0034-8910 Acessado em: 30/04/2006.
- Araújo MAL, Silveira CB. Vivências de mulheres com diagnóstico de doença sexualmente transmissível – DST. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2007 dez; 11(3): 479-86.
- Faria N, Nobre M. O que é ser mulher? O que é ser homem? Subsídios para uma discussão das relações de Gênero. In: *Gênero e Desigualdade*. São Paulo (SP): Sempreviva Organização Feminina; 1997.
- Secretaria de Saúde do Estado (CE). Infecções do trato genital. In: *Guia para Prestação de Serviços em Saúde Reprodutiva*. Fortaleza (CE): SESA; 1998.
- Simões JA, Discacciati MG, Brolazo E, Portugal PM, Paupério RPS, Aroutcheva A et al. Fatores comportamentais e características da microbiota vaginal envolvidos na gênese da vaginose bacteriana em profissionais do sexo e não-profissionais do sexo. *J Bras Doenças Sex Transm* 2006; 18(2): 108-12.
- Moura ADA, Pinheiro AKB, Barroso MGT. Realidade vivenciada e atividades educativas com prostitutas: subsídios para a prática de enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2009 jul/set; 13(3): 602-08.

Endereço para correspondência:

ANA DÉBORA ASSIS MOURA
Rua Afrodísio Gondim, nº 359
Bairro: Montese – Fortaleza – CE
CEP: 60416-420
Tel.: 85 3494-3257
E-mail: anadeboraam@hotmail.com

Recebido em: 16.11.2009

Aprovado em: 12.12.2009