



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM CUIDADOS CLÍNICOS
EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

ANA CLARA PATRIOTA CHAVES

**MARCADORES DE VULNERABILIDADE: análise dos
fatores associados ao risco para DST/AIDS entre
mulheres em idade fértil**

**FORTALEZA - CEARÁ
2014**

Ana Clara Patriota Chaves

MARCADORES DE VULNERABILIDADE: análise dos fatores
associados ao risco para DST/AIDS entre mulheres em idade fértil

Dissertação apresentada ao Curso Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde .

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Lúcia
Duarte Pereira

FORTALEZA - CEARÁ

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Estadual do Ceará
Biblioteca Central Prof. Antônio Martins Filho
Bibliotecário responsável – Francisco Welton Silva Rios – CRB-3/919

C512m Chaves, Ana Clara Patriota
Marcadores de vulnerabilidade: análise dos fatores associados ao risco para DST/AIDS entre mulheres em idade fértil / Ana Clara Patriota Chaves . -- 2014.
CD-ROM. 96 f. : il. (algumas color.) ; 4 ¾ pol.

“CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm)”.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Fortaleza, 2014.

Área de Concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.
Orientação: Prof.^a Dr.^a Maria Lúcia Duarte Pereira.

1. Doenças sexualmente transmissíveis. 2. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. 3. Vírus da Imunodeficiência Humana. 4. Saúde da mulher. 5. Vulnerabilidade. I. Título.

CDD: 616.951

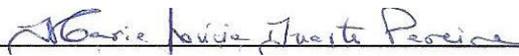
ANA CLARA PATRIOTA CHAVES

MARCADORES DE VULNERABILIDADE: análise dos fatores associados ao risco para DST/AIDS entre mulheres em idade fértil

Dissertação apresentada ao Curso Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde

Aprovada em: 26/02/2014

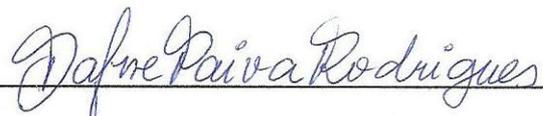
BANCA EXAMINADORA



Prof(a) Dr(a) Maria Lúcia Duarte Pereira (Orientadora)
Universidade Estadual do Ceará – UECE



Prof. Dr. Paulo César de Almeida
Universidade Estadual do Ceará - UECE



Prof(a) Dr(a) Dafne Paiva Rodrigues
Universidade Estadual do Ceará – UECE



Prof(a) Dr(a) Carla Luzia França Araújo
Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ

Aos meus pais e meus irmãos
DEDICO

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida, força e coragem com que tem me agraciado todos os dias.

Aos meus pais, Lígia de Freitas Patriota Chaves e Cleudon Chaves Júnior, pelo amor verdadeiro, pelos conselhos e ensinamentos que me fizeram e fazem crescer pessoalmente e profissionalmente, pelo apoio em todos os meus projetos de vida, pela confiança em mim depositada a cada dia.

À professora Maria Lúcia Duarte Pereira pelos conhecimentos compartilhados, pela paciência, pela amizade e companheirismo.

Aos professores que colaboraram com o desenvolvimento da pesquisa, principalmente ao professor Paulo César de Almeida, pelo apoio e disponibilidade na análise dos dados.

Às amigas Elys Oliveira Bezerra e Fabiane da Silva Severino Lima, por me ensinarem todos os dias o verdadeiro valor da amizade.

Aos colegas e amigos do grupo de pesquisa Clínica e Epidemiologia das Doenças Infecciosas e Parasitárias (CEDIP), Renata Custódio, Letícia Santos, Carlos Bruno Silveira, Ingrid Mendonça, Fátima Dayanne e Ana Irys, pela grande colaboração durante a coleta de dados.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, pelo apoio financeiro como bolsista.

Aos funcionários do Hospital São José de Doença Infecciosas, do Centro de Saúde Anastácio Magalhães e ao grupo de educadores em adesão que ajudaram e facilitaram o andamento e desenvolvimento da pesquisa.

A todas as participantes do estudo, pela contribuição imensurável que garantiu a formação de novos conhecimentos e a concepção da pesquisa.

RESUMO

CHAVES, A. C. P. Marcadores de vulnerabilidade: análise dos fatores associados ao risco para DST/aids entre mulheres em idade fértil. 96 p. 2014.

Pesquisa com objetivo de avaliar os fatores associados ao risco para DST/aids entre mulheres em idade fértil, conforme os marcadores de vulnerabilidade. Trata-se de estudo caso-controle com 174 mulheres, 90 com diagnóstico desconhecido para HIV (consideradas como soronegativas) – grupo controle, e 84 com diagnóstico positivo para HIV – grupo caso, realizado no Hospital São José de Doenças Infecciosas e no Centro de Saúde Anastácio Magalhães, Fortaleza – CE, no período de outubro/2013 a janeiro/2014. Utilizou-se formulário com perguntas fechadas sobre condições socioeconômicas, comportamento sexual, uso do preservativo, relacionamento com o parceiro, uso de álcool e drogas e utilização dos serviços de saúde. Os dados foram analisados no SPSS 16.0 utilizando estatística descritiva simples, análise bivariada e cálculo da Razão de Chance (RC). Os resultados mostraram que o grupo caso apresentou maioria (34; 40,5%) com idade entre 30-41 anos, com média de idade de 36 anos, média de anos de estudo de 7,4 anos e a maioria (39; 46,4%) encontrava-se em união estável. A renda média da família foi de 800,00 reais, a maioria (55; 65,5%) não trabalhava. O grupo controle apresentou maioria com idade entre 18-30 anos, com média de idade de 32 anos, média de anos de estudo de 10 anos e a maioria (32; 35,6%) era casada. A renda média da família foi de 1400 reais, a maioria trabalhava (48; 53,3%). Em relação aos fatores associados ao risco, foram classificados como: marcadores de vulnerabilidade individual – baixa escolaridade (RC=3,0; IC95% 1,5-6,0), baixa renda (RC=2,5; IC95% 1,2-4,7), desemprego (RC=2,1; IC95% 1,1-4,0), idade precoce da sexarca (RC=1,4; IC95% 0,7-2,6); não uso do preservativo na primeira relação sexual (RC=2,0; IC95% 1,1-3,8); frequência inconsistente do preservativo (RC=1,5; IC95% 0,7-3,1); uso inconsistente do preservativo quando confiava no parceiro (RC=2,6; IC95% 1,2-5,5); não conhecimento sobre camisinha feminina (RC=2,2, IC95% 1,2-4,2); uso contínuo de bebida alcoólica (RC=7,6; IC95% 3,3-17,1); uso de drogas (RC=2,0; IC95% 0,9-4,6); ferida vaginal (RC=2,8; IC95% 1,3-6,3) e anal (RC=8,0; IC95% 1,7-36,8); marcadores de vulnerabilidade social – ter relações sexuais em troca de benefícios (RC=8,8; IC95% 1,9-40,0), sofrer violência pelo parceiro (RC=3,7; IC95% 1,7-7,9), ter tido parceiro etilista (RC=5,3; IC95% 2,1-13,8), parceiro usuário de drogas (RC=3,2; IC95% 1,6-6,0) ou ex-presidiário (RC=2,6; IC95% 1,0-6,3), não ter diálogo com parceiro sobre sexo (RC=4,3; IC95% 2,2-8,6) e marcadores de vulnerabilidade programática – falta de orientações sobre DST/aids (RC=5,1; IC95% 2,6-9,7) e do uso do preservativo (RC=1,8; IC95% 1,0-3,4) nos serviços de saúde e falta de orientações sobre DST/aids nas consultas ginecológicas (RC=2,7; IC95% 1,4-4,9). Concluiu-se que a vulnerabilidade feminina às DST/aids é bastante complexa e com alguns aspectos interdependentes, bem como aspectos subjetivos, necessitando de pesquisas amplas para sua maior compreensão.

Palavras chave: DST; HIV; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; Risco; Vulnerabilidade; Saúde da Mulher.

ABSTRACT

CHAVES, A. C. P. Marcadores de vulnerabilidade: análise dos fatores associados ao risco para DST/aids entre mulheres em idade fértil. 96 p. 2014.

The aim of the research was to evaluate the associated risk for STD / AIDS among women of childbearing age factors as markers of vulnerability . This is a case -control study with 174 women , 90 with unknown HIV diagnosis (considered as negative) - control group and 84 diagnosed positive for HIV - group event , held in São José Hospital of Infectious Diseases and the Center Magellan Health Anastasius , Fortaleza - CE. For data collection , a questionnaire with closed questions about socioeconomic status , sexual behavior , condom use , partner relationship , use of alcohol and drugs and use of health services questions was used . Data were analyzed with SPSS 19.0 using simple descriptive statistics and , for some variables , bivariate analysis and calculation of the Reason Chance (RC) was performed . The results showed that the case group, the majority (34 , 40.5 %) aged 30-41 years , mean age 36 years among women , average years of schooling of 7.4 years and the majority (39 46.4 %) was in a stable relationship . The average family income was 800.00 reais, the majority (55, 65.5 %) did not work . Have the control group , showed most aged 18-30 years , with a mean age of 32 years between them, average years of schooling of 10 years and the majority (32 , 35.6 %) was married . The average family income was 1400 actual , most work (48, 53.3 %) . Regarding the associated risk factors were classified as markers of individual vulnerability - low education (RC = 3.0 , 95% CI 1.5-6.0) , low income (RC = 2.5 , 95% CI 1 , 2-4,7) , unemployment (RC = 2.1 , 95% CI 1.1 to 4.0) , early age at first sexual intercourse (RC = 1.4 , 95% CI 0.7 to 2.6) , do not use condom at first intercourse (RC = 2.0 , 95% CI 1.1 to 3.8) ; often inconsistent condom (RC = 1.5 , 95% CI 0.7 to 3.1) , inconsistent condom use when there was trust in the partner (RC = 2.6 , 95% CI 1.2 to 5.5) ; do not know the female condom (RC = 2.2 , 95% CI 1.2 to 4.2) ; continued use of drink alcohol (RC= 7.6 , 95% CI 3.3 to 17.1) , drug use (RC = 2.0 , 95% CI 0.9 to 4.6) ; symptoms such as vaginal injury (RC = 2.8 95% CI 1.3 to 6.3) and anal sex (RC = 8.0 , 95% CI 1.7 to 36.8) ; markers of social vulnerability - having sex in exchange for benefits (RC = 8.8; 95% CI 1.9 to 40.0) , suffer partner violence (RC = 3.7 , 95% CI 1.7 to 7.9) , having had an alcoholic partner (RC = 5.3 , 95% CI 2.1 - 13.8) , drug user partner (RC = 3.2 , 95% CI 1.6 to 6.0) or ex -convict (RC = 2.6 , 95% CI 1.0 to 6.3) , no dialogue with partner about sex (RC = 4.3 , 95% CI 2.2 to 8.6) and markers of program vulnerability - a lack of guidelines on STD / AIDS (RC = 5.1 , 95% CI 2,6-9 , 7) and condom use (RC = 1.8 , 95% CI 1.0 to 3.4) in health services and lack of guidelines on STD / AIDS in gynecological visits (RC = 2.7 , 95% CI 1,4 to 4.9) . It was concluded that women's vulnerability to STD / AIDS is quite complex and interdependent with some aspects and subjective aspects, requiring extensive research to aid your understanding.

Key words: STD; HIV; Acquired Immunodeficiency Syndrome; Risk; Vulnerability; Women health

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS	08
LISTA DE TABELAS.....	09
1 INTRODUÇÃO.....	10
2 OBJETIVOS.....	16
3 MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL.....	17
3.1 Breve panorama da epidemia de DST/aids entre mulheres.....	17
3.2 Risco, vulnerabilidade e marcadores de vulnerabilidade: conceitos e aproximações com a epidemia da aids.....	19
3.3 O cuidado clínico em Enfermagem na abordagem aos riscos e vulnerabilidades para DST/aids.....	26
4 METODOLOGIA.....	31
4.1 Tipo de estudo.....	31
4.2 Local de estudo.....	31
4.3 População e Amostra.....	32
4.4 Coleta de dados.....	33
4.5 Análise de dados.....	34
4.6 Aspectos éticos e legais da pesquisa.....	35
5 RESULTADOS.....	37
5.1 Caracterização Socioeconômica.....	37
5.2 Fatores associados ao risco e vulnerabilidade: dimensão individual.....	38
5.3 Fatores associados ao risco e vulnerabilidade: dimensão social.....	43
5.4 Fatores associados ao risco e vulnerabilidade: dimensão programática..	47
5.5 Marcadores de vulnerabilidade: caracterização dos fatores associados ao risco para DST/aids.....	51
6 DISCUSSÃO.....	53
6.1 Fatores associados ao risco e vulnerabilidade: dimensão individual.....	53
6.2 Fatores associados ao risco e vulnerabilidade: dimensão social.....	60
6.3 Fatores associados ao risco e vulnerabilidade: dimensão programática	66
7 CONCLUSÃO.....	69
REFERÊNCIAS.....	72
APÊNDICES.....	80
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	81
Apêndice B – Questionário grupo caso.....	82
Apêndice C – Questionário grupo controle.....	86
Apêndice D – Cronograma.....	89
Apêndice E – Orçamento.....	90
ANEXOS.....	91
Anexo A – Parecer do Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará.....	92

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1:** Aspectos a serem considerados para avaliação da vulnerabilidade em saúde.
Fonte: Ayres et al (2006)..... 24
- Quadro 2:** Marcadores de vulnerabilidade e suas dimensões. Fortaleza – CE, 2013..... 26
- Quadro 3:** Distribuição das variáveis que aumentam a chance de infecção por DST/aids entre mulheres conforme os Marcadores de Vulnerabilidade descritos por Takahashi (2006). Fortaleza-CE, 2013..... 52

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1:** Distribuição da amostra conforme variáveis sociodemográficas. Fortaleza – CE, 2013..... 37
- Tabela 2:** Distribuição da amostra conforme variáveis individuais de comportamento sexual, álcool e drogas. Fortaleza-CE, 2013..... 39
- Tabela 3:** Distribuição da amostra conforme nível de conhecimento sobre as formas de transmissão do HIV. Fortaleza – CE, 2013..... 41
- Tabela 4:** Distribuição da amostra conforme auto percepção do risco de contrair o vírus HIV. Fortaleza – CE, 2013..... 42
- Tabela 5:** Distribuição da amostra conforme variáveis relacionadas aos anos de estudo, emprego, renda familiar, relações de gênero e relacionamento com o parceiro, Fortaleza – CE, 2013..... 44
- Tabela 6:** Distribuição da amostra conforme informações sobre DST/aids oriundos da família, parceiro, amigos, escola e serviços de saúde. Fortaleza – CE, 2013..... 46
- Tabela 7:** Distribuição da amostra conforme localização dos serviços de saúde, acesso, atendimento e ações de educação em saúde. Fortaleza – CE, 2013..... 48
- Tabela 8:** Variáveis que apresentaram significância para risco e vulnerabilidade feminina às DST/aids após regressão logística. Fortaleza – CE, 2013..... 50

1 INTRODUÇÃO

As doenças sexualmente transmissíveis (DST) ainda se constituem um importante agravo na saúde pública do país, embora nas últimas décadas tenha havido um crescimento significativo de programas e políticas envolvendo a saúde sexual e reprodutiva. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 12 milhões de DST são diagnosticadas a cada ano no Brasil, levando em consideração o fato de que aproximadamente 200 mil casos/ano são notificados, pois muitos portadores de DST não procuram tratamento qualificado (OMS, 2012).

Pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde no ano de 2008 em seis capitais brasileiras, tais como Fortaleza, Goiânia, Manaus, Porto Alegre, Rio de Janeiro e São Paulo, identificou uma prevalência de 14,4% para DST bacterianas e de 41,9% para DST virais entre homens e mulheres atendidos em clínicas especializadas (BRASIL, 2008).

Nas mulheres, as DST podem acarretar dor pélvica, doença inflamatória pélvica, infertilidade, câncer cervical, aborto espontâneo, parto prematuro, infecções congênitas e perinatais, e infecções puerperais, ocorrendo situações de risco durante a gravidez e no puerpério (BARCELOS et al, 2008).

Algumas das bactérias comuns em mulheres em idade fértil, sexualmente ativas e gestantes são a *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae* que são transmitidas por via sexual e causam as infecções no trato genital superior (BRASIL, 2012a). Segundo o Ministério da Saúde, há significativa prevalência de infecção por sífilis (3,3%), clamídia (7,3%) e gonococos (3,3%) entre mulheres brasileiras. Essas três infecções em conjunto apresentam prevalência superior a 10% das DST curáveis, que é considerada como fator de ônus para os índices de saúde do país. Quanto às DST virais, houve maior prevalência do Papiloma Vírus Humano - HPV (44,7%) (BRASIL, 2008).

As DST assumem papel relevante na saúde pública do país, pois facilitam a propagação do vírus da imunodeficiência humana (HIV). As lesões provocadas pelas DST aumentam a suscetibilidade à infecção pelo HIV, aumentando os riscos em até dez vezes no caso de sífilis, seis vezes no caso da clamídia, nove vezes no caso de herpes genital e gonorreia e até em dezoito vezes pela presença de úlceras genitais (BRASIL, 2011).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, em 2011, havia 34,2 milhões de pessoas infectadas pelo HIV no mundo. Esse vírus foi o responsável nas últimas três décadas por 25 milhões de mortes no mundo (OMS, 2011).

No Brasil, conforme dados atualizados até 2013, contabilizaram-se 718 mil casos de pessoas vivendo com HIV/aids no país. Considerando os dados acumulados de 1980 a junho de 2013, houve um registro de 686.478 casos no total, dos quais 445.197 (64,9%) são do sexo masculino e 241.223 (35,1%) do sexo feminino. Apesar do número crescente de casos, a epidemia se mantém com uma taxa de prevalência de 0,4% na população geral. Quando se avalia a epidemia por regiões em números absolutos, nota-se uma taxa de incidência de aids estável no Sudeste e um crescimento nas taxas de incidência das outras regiões do país (BRASIL, 2013).

Nos últimos dez anos, houve aumento da taxa de detecção de aids em jovens de 15-24 anos no país, com destaque para as regiões Norte e Nordeste. A razão de sexos nesta faixa etária, desde o início da epidemia até 2005 apresentou uma redução, chegando a inverter-se no período de 2000 a 2005 (0,9 caso em homens para cada caso em mulheres). Desde 2008, o número de casos de aids em homens jovens tem aumentado em maior velocidade que entre as mulheres, influenciando a razão de sexos, que volta a se inverter, chegando em 2012 a 1,9 casos em homens para cada caso em mulheres (BRASIL, 2013).

No Ceará até novembro de 2013 foram registrados 13.208 casos de aids, desde o primeiro caso conhecido da doença em 1983. É crescente o número de municípios no Ceará que registram casos de aids. Passando de 72 (39,1%) em 2000 para 98 (53,3%) em 2012. Apesar da maioria dos casos (70,0%) serem notificados no sexo masculino, observa-se um crescimento importante da doença entre as mulheres (CEARÁ, 2013).

Em relação ao perfil da epidemia, no início, era marcada predominantemente pelo sexo masculino, com casos concentrados entre homens que faziam sexo com outros homens, hemofílicos, hemotransfundidos e usuários de drogas injetáveis. Atualmente, esse perfil se modificou bastante, apresentando uma tendência à feminização. A epidemia passou a atingir consideravelmente as mulheres em idade reprodutiva, o que pode acarretar várias conseqüências para sua saúde (SILVA, ARAÚJO, PAZ, 2008; BARBOSA JÚNIOR, et al, 2009; GARCIA, SOUZA, 2010).

Embora ainda existam mais casos de aids em homens do que em mulheres, essa diferença vem diminuindo ao longo dos anos. Em 1986, a proporção de casos era de quinze homens para uma mulher. Já em 2013, chegou a 1,7 casos em homens para 1 caso em mulher. Observa-se que no período de 2000 a 2005 houve uma inversão dessa razão, significando que neste período foi notificado um maior número de casos entre as mulheres que entre os homens, e confirmando a forte presença da mulher na epidemia, tendência esta

que tem se confirmado na maioria dos estados brasileiros (BRASIL, 2013). No Ceará, a razão de casos masculino/ feminino passou de 3,5 casos em homens para cada caso em mulher em 1996, para 2,5 casos em homens para cada caso em mulher em 2013. (CEARÁ, 2013).

Os dados apresentam o crescimento da epidemia, principalmente em mulheres, evidenciando uma população de maior vulnerabilidade à infecção pelo HIV e a limitação das atividades de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DST), suscitando a necessidade de estratégias de prevenção e conhecimento sobre as vulnerabilidades do perfil acometido a fim de direcionar novas ações.

O processo de feminização da epidemia de aids no país é preocupante para saúde pública por haver uma maior morbidade e mortalidade perinatal, diminuição da fertilidade e aumento dos casos de transmissão vertical, aumentando, assim, o número de indivíduos infectados com HIV (GUEDES et al, 2009). Para minimizar tais consequências, é necessário, portanto, atentar-se para fato de que as mulheres se constituem como um grupo vulnerável às DST/aids e devem ser assistidas convenientemente.

O conceito de vulnerabilidade, segundo Ayres et al (2003), diz respeito à suscetibilidade dos indivíduos e populações a agravos ou riscos, exposição a um dano resultante de aspectos que, embora se apresentem como individuais, recoloca o indivíduo em relação com o coletivo. A vulnerabilidade envolve as dimensões: 1) individual – relacionada aos comportamentos, às habilidades, ao grau de informação e à consciência que levam o indivíduo a contrair uma doença; 2) social – relacionada ao acesso às informações, à capacidade de compreendê-las e incorporá-las às mudanças da rotina diária; e 3) programática – relacionada ao grau de acesso aos serviços e programas de saúde, aos serviços sociais e educacionais, a intersectorialidade destes, bem como sua qualidade.

A vulnerabilidade feminina pode englobar também características biológicas: a superfície vaginal exposta em contato com o sêmen é extensa e o sêmen apresenta maior concentração do vírus HIV do que o líquido vaginal, logo, há uma probabilidade maior de transmissão do vírus homem-mulher do que mulher-homem, em relação sexual desprotegida. Destacam-se ainda, o estágio da doença, a presença de outras DST, inflamações ou irritações na mucosa vaginal, a natureza e a frequência das relações sexuais sem proteção, a desigualdade social a pobreza, e a falta de percepção de risco à infecção, principalmente em mulheres que vivenciam relacionamentos estáveis. Além disso, ainda há as relações de gênero, relações de poder, de dependência e subserviência ao homem que

aumentam a vulnerabilidade das mulheres às DST/aids (SANTOS et al, 2009; SILVA, VARGENS, 2009).

Muitas mulheres que mantêm relação de inferioridade com o parceiro, geralmente apresentam baixo poder de escolha nas suas relações amorosas e dificuldade de negociação com o parceiro no que se refere à prevenção das DST, aumentando sua situação de risco. Elas acreditam que o fato de estarem em um relacionamento estável, de confiança, fidelidade e monogamia, não há riscos de contrair DST/aids. Assim, diminui-se consideravelmente o uso de preservativo pelo casal (SOUSA, ESPIRITO SANTO, MOTTA 2008; GUEDES et al, 2009).

As relações de gênero norteiam a negociação do uso do preservativo e sua efetiva utilização. Questões como a monogamia e a confiança no parceiro interferem no uso do preservativo. Os estudos de Silva e Vargens (2009) e Henriques e Lima (2009) concordam que a monogamia é vista pelas mulheres como uma “imunidade às DST”. Como elas estão em um relacionamento estável, com apenas um parceiro, no qual há afetividade e amor, essas mulheres não percebem sua vulnerabilidade e negligenciam a prevenção.

Muitas mulheres não utilizam o *condom* por confiar no parceiro, ou porque o parceiro recusa-se a usar ou ainda porque pode desestruturar a relação, pode ser sinônimo de desconfiança. A vulnerabilidade da mulher está ligada diretamente a aspectos socioculturais, que mantém a mulher numa posição passiva em relação ao homem na hora de tomar as decisões sobre sua sexualidade (MORALES, BARREDA, 2008; SILVA, VARGENS, 2009).

O diálogo entre o casal sobre o uso do preservativo gera uma suposição de infidelidade, além de ser, muitas vezes, visto como um tabu ou um estigma para prevenção de DST/aids, dificultando, assim seu uso contínuo nas relações sexuais (SOUSA, ESPIRITO SANTO, MOTTA, 2008).

O fortalecimento do planejamento familiar entre o casal e a utilização consistente de métodos contraceptivos, principalmente o uso do preservativo, já que este protege tanto contra gravidez indesejada quanto contra as DST/aids, é imprescindível na saúde da mulher. Ações e práticas de saúde preventivas que envolvam mulheres e seus parceiros são importantes para que a mulher conheça e sinta-se autônoma para escolher o método de prevenção mais adequado.

Assim, a vulnerabilidade também pode ser percebida pelo grau de acesso aos serviços de saúde, a qualidade destes, a rede integrada de atendimento e a precariedade

dos serviços de saúde no atendimento de prevenção às DST/aids que direcionam as ações para o indivíduo e não para o casal. Além disso, destaca-se também o déficit do atendimento especializado ao paciente com DST/HIV, principalmente, envolvendo a vida afetiva-sexual (REIS, GIR, 2009).

Diversos fatores de risco e vulnerabilidade entre as mulheres podem influenciar a prevenção às DST/aids. A consciência de percepção das DST/aids e da prevenção entre as mulheres, portanto, acontece mediante influência de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, culturais e religiosos, e ainda, pela percepção do parceiro. Todos esses fatores são determinantes na sua maior ou menor vulnerabilidade (OLIVEIRA et al, 2008).

Assim, face à problemática exposta e a partir de experiências e vivências sobre a temática de prevenção ao HIV/aids possibilitadas por meio de atividades de grupo de pesquisa enquanto bolsista de iniciação científica, em que tive a oportunidade de pesquisar sobre as vulnerabilidades ao HIV/Aids de adolescentes de escolas públicas, surgiu um interesse pela abordagem das DST/aids entre mulheres. Além disso, a vivência como enfermeira do Programa de Saúde da Família (PSF) me instigou frente à questão das vulnerabilidades femininas às DST/aids, já que a partir destas poderia se compreender melhor o fenômeno da exposição e planejar ações de prevenção a essas doenças, bem como de promoção da saúde que se fizessem efetivas no contexto situacional do grupo em tela.

Para tal, faz-se necessário um cuidado de enfermagem que assista de forma integral esse grupo, abordando aspectos relacionados à sexualidade e, principalmente, métodos preventivos no intuito de diminuir fatores de vulnerabilidade. Dessa forma, o cuidado clínico de enfermagem deve atentar-se para uma compreensão ampliada do sujeito, que aborde tanto fatores de risco quanto os aspectos de vulnerabilidade individual, social e programática da saúde sexual e reprodutiva desse grupo, a fim de garantir uma prática sexual segura, o autocuidado e a autopercepção de risco e, dessa forma, diminuir a transmissão das DST/aids.

Diante desse contexto, acredita-se que, para o desenvolvimento de um cuidado clínico preventivo voltado às DST/aids, são necessários estudos não apenas sobre fatores de risco, mas também sobre marcadores de vulnerabilidade para DST/aids entre mulheres em idade fértil. Assim, fazemos os seguintes questionamentos:

- Quais os principais fatores associados ao risco para DST/aids entre mulheres em idade fértil?
- Como eles estão classificados quanto aos marcadores de vulnerabilidade?
- Há fatores associados ao risco mais preponderantes na vulnerabilidade feminina?

As respostas aos questionamentos poderão contribuir com dados concretos sobre a disseminação das DST/aids e seu impacto na população feminina para, a partir desses achados, poder propor um cuidado clínico de enfermagem sistematizado com base nas características específicas do grupo e, assim, realizar intervenções efetivas capazes de garantir uma prevenção consistente, diminuir a transmissão dessas doenças entre mulheres, assegurar ações de promoção da saúde, bem como contribuir com políticas e práticas em saúde mais eficazes dirigidas ao sexo feminino. Portanto, estudos que tratam sobre fatores de risco e vulnerabilidades, sobretudo, no campo da aids, apresentam-se como poderosos recursos para identificar e trabalhar as diferenças sociais na distribuição do adoecimento e de seus determinantes.

2 OBJETIVOS

GERAL:

- Analisar os fatores associados ao risco para DST/aids entre mulheres em idade fértil;

ESPECÍFICOS:

- Identificar os fatores associados ao risco para DST/aids;
- Caracterizar os fatores associados ao risco quanto aos marcadores de vulnerabilidade para DST/aids entre mulheres em idade fértil;
- Verificar a interrelação entre os fatores associados ao risco para DST/aids e quais deles são mais significativos na vulnerabilidade feminina

3 MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL

3.1 Breve panorama da epidemia de DST/aids entre as mulheres

É notório que o perfil epidemiológico das DST/aids vem se modificando durante as últimas décadas em todo o mundo, com aumento expressivo do número de casos entre mulheres.

Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), estima-se que ocorram cerca de 340 milhões de casos de DST por ano no mundo. Provavelmente esse número pode ser maior, já que muitas DST não são doenças de notificação compulsória. No Brasil, as estimativas de infecções por transmissão sexual na população sexualmente ativa são: 937.000 casos de sífilis; 1.541.800 casos de gonorréia; 1.967.200 casos de clamídia; 640.900 casos de herpes genital; e 685.400 casos de HPV/condiloma acuminado.

O número de casos de DST entre mulheres é alto na população brasileira, apesar do avanço nas políticas públicas e nos serviços de saúde. São doenças muitas vezes assintomáticas, dificultando o diagnóstico precoce e que causam impacto sobre a saúde individual e coletiva, afetando principalmente a saúde da mulher, com manifestações na forma de esterilidade, aborto, prematuridade, morbidade perinatal e mortalidade infantil (LOPES et al, 2008).

Considerando que uma parcela significativa das mulheres brasileiras apresenta alguma DST, o manejo adequado desses agravos é parte significativa da prevenção à infecção pelo HIV/aids, uma das DST de maior impacto na saúde pública que envolve diretamente a saúde da mulher, pela mudança na epidemiologia.

A evolução da epidemia entre o sexo feminino no país apresenta três fases distintas em termos de risco para a infecção pelo HIV: a primeira fase, até 1986, quando a transmissão pela via sexual era a mais importante, acometendo principalmente homens que fazem sexo com homens, prostitutas e homens transfundidos. Nesse período era também relevante a transmissão pela transfusão sanguínea. A segunda fase, do fim da década de 80 ao início da década de 90, o uso de drogas injetáveis se torna uma importante forma de infecção pelo HIV, particularmente na Região Sudeste do país. Na terceira fase, que ocorre no início dos anos 90 até o presente momento, apresenta nítido predomínio da prática heterossexual como forma de transmissão do HIV para as mulheres (SANTOS et al, 2009).

Até o final de 2010, havia 34 milhões de pessoas vivendo com HIV no mundo, sendo notificados 2,7 milhões de casos novos de infecção pelo vírus nesse mesmo ano. O

número anual de pessoas infectadas no mundo com o HIV continua a diminuir, embora haja variações conforme região. Na América Latina, a epidemia apresenta uma estabilização, porém quando se avaliam as regiões, o número de pessoas vivendo com aids continua a crescer (OMS, 2011).

Globalmente, as mulheres constituíam metade dos adultos (pessoas acima de 15 anos) vivendo com HIV em 2010, de acordo com estimativas da UNAIDS. Essa proporção mudou muito pouco nos últimos 15 anos. O fardo do HIV sobre as mulheres, no entanto, varia consideravelmente por região e é maior na África Sub-Saariana. Na América Latina, mais do que um terço (36%) dos adultos infectados pelo HIV em 2010 eram do sexo feminino (OMS, 2011).

No Brasil, estima-se que cerca de mais de 680 mil pessoas vivam com HIV/aids no país, avaliando dados notificados desde 1980 até 2013. A taxa de incidência de aids no Brasil é de 12,4 para 100.000 habitantes na população geral. O Nordeste apresenta taxa de incidência de 8,7 e o Ceará, taxa de 8,2. As maiores taxas de incidência de aids entre mulheres concentram-se na faixa de 15 a 49 anos, considerada idade reprodutiva. Só em 2012 foram notificados 2.716 casos em mulheres na faixa etária de 15-49 anos. Até junho de 2013, foram notificados 241.223 casos de aids em mulheres, o que corresponde a 35,1% dos casos notificados até a data referida (BRASIL, 2013).

A incidência dos casos de aids apresentou pequena oscilação desde o ano 2000. Essa oscilação justifica-se pelas diferenças regionais da epidemia. Até junho de 2013, o Sudeste contava com o maior percentual (56,0%) do total de notificações do país, seguido pelas regiões Sul (19,9%) e Nordeste (13,5%) (BRASIL, 2013).

No Ceará, desde o primeiro caso notificado da doença, já se somam 13.208 casos notificados na população geral, sendo 30% do sexo feminino, próximo ao percentual nacional. Nota-se uma diminuição da razão entre o número de casos de homens/mulheres, pelo fato de que nesse último grupo, o número de casos vem aumentando. A taxa de incidência em 2013 foi de 3,4 para 100.000 habitantes no estado. Entre as mulheres o número de casos de transmissão ignorada é maior que 10%. A maioria dos casos (85,7%) foi notificada por transmissão heterossexual. (CEARÁ, 2013).

Tanto em homens quanto em mulheres, as maiores taxas de incidência se encontram na faixa etária de 25 a 49 anos, ou seja, a faixa etária economicamente ativa e em idade fértil é a mais afetada, o que traz significativos impactos nos índices de saúde do país (BRASIL, 2011).

Diante desse impacto, é possível identificar alguns projetos e políticas públicas voltados para esse problema, como o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de aids e outras DST cujo objetivo maior é criar estratégias de enfrentamento das múltiplas vulnerabilidades que contribuem para a suscetibilidade ao HIV e às DST das mulheres brasileiras (BRASIL, 2011).

Pelos dados epidemiológicos atuais e pelo enfoque das políticas públicas de saúde, o fato de o número de casos de DST/aids estar aumentando entre as mulheres suscita a discussão dos conceitos de fatores de risco e de vulnerabilidade.

3.2 Risco, vulnerabilidade e marcadores de vulnerabilidade: conceitos e aproximações com a epidemia da aids.

A Epidemiologia surgiu como ciência em meados do século XIX e tinha como objetivo estudar o processo de causa-efeito das doenças e agravos do organismo humano em relação com o meio externo. Assim, apresentava um caráter probabilístico à medida que delimitava relações causais analíticas e abstratas traduzidas no conceito de *risco* (AYRES, 2011).

Na epidemiologia moderna, o risco é definido como as chances probabilísticas de suscetibilidade, atribuíveis a um indivíduo, de grupos populacionais particularizados, delimitados em função da exposição a agentes agressores ou protetores, de interesse técnico ou científico (AYRES, 2002).

O risco em saúde se refere a um dano potencial associado principalmente a fatores individuais independente de sua inserção sócio-histórica e cultural (MEYER et al, 2006).

Esse termo é polissêmico. Para a epidemiologia, risco significa a probabilidade de perigo, quando há uma ameaça à integridade física para o homem e/ou para o meio ambiente, associando-se à possibilidade ou chance de acontecer. Ou seja, probabilidade de ocorrer uma determinada doença ou enfermidade em uma população específica. Essa probabilidade se apresenta como medida individual de ocorrência do dano, quer dizer, se apresenta de forma unidimensional (ALMEIDA FILHO, CASTIEL, AYRES, 2009).

A partir do conceito de risco, reproduz-se a abordagem de fatores de risco, os quais se definem como marcadores que apontam a predição da morbimortalidade futura. Os fatores de risco são preditores que determinam o risco, ou seja, características e comportamentos individuais que podem ser determinantes ou não na ocorrência de uma

enfermidade. Assim, por meio desses fatores, identifica-se, contabiliza-se e compara-se a exposição de indivíduos, grupo ou comunidades a fim de realizar intervenções preventivas (ALMEIDA FILHO, CASTIEL, AYRES, 2009).

Porém, apesar de ser importante, a abordagem baseada em condições de risco não é o suficiente, pois não incluem a capacidade do sujeito para compreender e usar as informações, que resultem na transformação de suas práticas, e o grau de acesso adequado aos diversos serviços que contribuam para promoção e proteção da saúde (VIANA, 2009).

Ao estudar variáveis de risco, estas também não envolvem a variabilidade e a dinâmica de contextos sociais concretos, reduzindo-se a componentes que podem ser isoladamente mensuráveis, mas que sozinhos não são suficientes para garantir uma intervenção preventiva de resultados significativos (MEYER et al, 2006).

Assim, na tentativa de realizar uma abordagem completa dos aspectos que influenciam no adoecimento dos indivíduos ou grupos, emergiu uma nova discussão sobre o conceito de vulnerabilidade.

Em linhas gerais, o termo vulnerabilidade é conceituado na saúde pública como situações de menor ou maior fragilidade de grupos populacionais de modo que sejam levadas em consideração as suas dimensões sociais, política, econômicas e comportamentais (AYRES et al, 2006).

Numa visão antropológica e filosófica do ser humano, Torralba Roselló (2009, p.57) afirma que a “experiência da vulnerabilidade está intimamente arraigada na humanidade [...]. Viver humanamente significa, pois, viver na vulnerabilidade.” A vulnerabilidade, segundo o mesmo autor, significa fragilidade e precariedade que estão presentes na pluridimensionalidade do ser humano. Este goza de integridade biológica, psicológica, social e espiritual que não são absolutas e inalteráveis, pois podem estar ameaçadas por enfermidades, sofrimentos, velhice, marginalização e abandono. O ser humano se apresenta vulnerável não só na sua dimensão somática, mas em todas as suas dimensões fundamentais.

Nessa intenção, podem ser distinguidos vários tipos de vulnerabilidade: ontológica, ética, social, natural e cultural. A ontológica se refere à raiz do ser humano como ser limitado e dependente, determinado por sua finitude. A ética se refere à possibilidade de fracasso ou de não cumprir com seu dever moral. A natural remete ao meio ambiente e suas constantes mudanças no qual o sujeito está inserido. A social se refere à possibilidade de o ser humano ser objeto de violência, iniquidades e desigualdades sociais. E, por fim, a

cultural remete a suscetibilidade devido à falta de conhecimentos (TORRALBA ROSELLÓ, 2009).

Para a epidemiologia moderna, a vulnerabilidade compreende as possibilidades ou chances de exposição das pessoas ao adoecimento resultantes de aspectos individuais, coletivos e contextuais (AYRES, 2003). A variabilidade, a dinâmica e a complexidade dos significados e das práticas sociais que determinam como as possibilidades de adoecimento são vividas e experienciadas, devem ser fatores englobados ao se estudar a vulnerabilidade de um indivíduo ou grupo (MEYER et al, 2006).

Os processos que podem levar ao adoecimento e morte, bem como os meios de enfrentamento destes, portanto, resultam tanto de condições individuais quanto de contextos coletivos (NICHIATA et al, 2011). Assim, o conceito de vulnerabilidade propõe uma compreensão de um conjunto de dimensões envolvido no processo de saúde-doença.

Segundo Ayres et al (2003), a vulnerabilidade envolve três componentes ou três dimensões importantes: a individual, a social e a programática. A vulnerabilidade individual envolve as dimensões cognitivas e comportamentais do indivíduo, englobando quantidade e qualidade das informações obtidas e capacidade para elaborá-las bem como a capacidade, habilidade e interesse em transformá-las em atitudes e ações protetoras ou preventivas de modo a responsabilizar-se por sua saúde. Porém, essa vulnerabilidade individual não é algo voluntário, mas que tem relação com as questões ambientais, culturais, sociais e de consciência do indivíduo em efetivar um comportamento saudável (AYRES et al 2003; MEYER et al 2006).

Ainda sob a ótica dos mesmos autores, o componente social da vulnerabilidade abrange o acesso às informações, a capacidade de metabolizá-las e de incorporá-las à vida cotidiana, condições estas que estão diretamente associadas aos recursos materiais, às instituições sociais, como por exemplo, escolas e associações, à rede de relações sociais, ao envolvimento político, às barreiras culturais, e às questões de violência (AYRES et al 2003; MEYER et al 2006). Dentro da dimensão social, também são considerados fatores de vulnerabilidade às normas vigentes, normas institucionais, relações de gênero, desigualdades (NICHIATA et al, 2008).

A terceira dimensão contemplada no conceito de vulnerabilidade é a programática. O componente programático ou também conhecido como institucional engloba o acesso aos serviços de saúde, o grau de qualidade desses serviços e a funcionalidade da rede integrada, os recursos, gerência e monitoramento dos programas nacionais, estaduais e locais de prevenção e cuidado. O componente programático é

responsável por conectar os componentes individuais e sociais (AYRES et al 2003; MEYER et al, 2006).

Os três componentes articulados entre si que compõem o conceito de vulnerabilidade trazem uma abordagem multidimensional, considerando que as pessoas *não são vulneráveis* em si, mas *podem estar vulneráveis* em diferentes momentos de suas vidas. Logo, a vulnerabilidade é um aspecto que pode ser modificável nesse indivíduo.

Assim, é de extrema importância para os profissionais de saúde compreender os conceitos de risco e vulnerabilidade e saber diferenciá-los. Apesar da estreita relação entre esses termos, eles são distintos, Meyer et al (2006, p. 1340) apresenta a diferença entre vulnerabilidade e risco:

“[...] a adoção do quadro conceitual da vulnerabilidade como um referente que pode redimensionar e redirecionar o saber/fazer em saúde implica um exercício de síntese de ‘certas totalidades circunscritas no tempo e no espaço’, em contraposição ao isolamento analítico que caracteriza os estudos sobre o risco.”

A vulnerabilidade tem uma proposta de síntese, ou seja, avaliar a totalidade dos aspectos que causam ou não o adoecimento, dessa forma, engloba “os elementos abstratos associados e associáveis aos processos de adoecimentos” (NICHIATA et al 2008, p.925).

Ayres et al (2006) ainda complementam sobre a diferença entre risco e vulnerabilidade, afirmando que o risco está relacionado à probabilidade, já a vulnerabilidade implica uma iniquidade ou desigualdade social. A vulnerabilidade é antecedente ao risco e determina os diferentes riscos de se infectar, adoecer e morrer.

O grande avanço na distinção entre conceito de risco e vulnerabilidade é percebido pelo deslocamento da noção do risco individual para uma nova percepção da vulnerabilidade social. A vulnerabilidade não desconsidera a suscetibilidade individual, ela apenas engloba dimensões diversas, enfatizando as questões sociais. Assim, o grau de vulnerabilidade pode alterar dependendo das mudanças na condição ou ambiente social (NICHIATA et al, 2008).

Esses aspectos são fundamentais no entendimento do processo saúde-doença do sujeito ou do grupo, principalmente na abordagem às DST/HIV, devido ao seu difícil controle. Foi a partir da epidemia da aids que pesquisadores e profissionais de saúde começaram a repensar sobre o conceito de risco e avançar nas discussões sobre vulnerabilidade no intuito de compreender a complexidade, a dinâmica e a multiplicidade de fatores envolvidos no fenômeno dessa enfermidade (NICHIATA et al, 2008).

No contexto das DST/aids, a vulnerabilidade pode ser entendida, de acordo com Ayres et al (2003, p.125), como:

“[...] os diferentes graus e naturezas de suscetibilidade de indivíduos e coletividades à infecção, adoecimento e morte pelo HIV, segundo particularidades formadas pelo conjunto dos aspectos sociais, programáticos e individuais que os põem em relação com o problema e com os recursos para seu enfrentamento.”

Embora o comportamento individual seja o componente definitivo e final da vulnerabilidade de contrair o HIV, não é o único fator que deve ser avaliado. Junto ao fator individual, torna-se importante que sejam considerados aspectos socioeconômicos, culturais, políticos, questões de gênero, etnia, espiritualidade, ou seja, toda e qualquer situação que coloque o indivíduo ou grupo em suscetibilidade ao adoecimento (SOUSA, MIRANDA, FRANCO, 2011).

Na perspectiva da vulnerabilidade, todos os sujeitos estão vulneráveis à infecção pelo HIV e tal situação não depende apenas de fatores individuais, mas também do coletivo, da existência de políticas públicas e da disponibilidade de recursos (AYRES et al, 2006)

Dessa maneira, deve-se compreender a vulnerabilidade às DST/aids como uma “rede” ou “teia” na qual as três dimensões sugeridas por Ayres et al (2003), individual, social e programática, estão interligadas. Tais dimensões permitem compreender a complexidade do fenômeno do ponto de vista dos indivíduos, família e grupo. Alguns dos aspectos que devem ser considerados estão expostos no Quadro 1 a seguir, em acordo com evidências explicitadas por Ayres et al (2006).

Quadro 1: Aspectos a serem considerados para avaliação da vulnerabilidade em saúde.

INDIVIDUAL	SOCIAL	PROGRAMÁTICA (Ênfase no setor saúde)
Valores Interesses Crenças Credos Desejos Conhecimentos Atitudes Comportamentos Relações familiares Relações de amizade Relações afetivo-sexuais Relações profissionais Situação material Situação psico-emocional Situação física Redes e suportes sociais	Normas sociais Referências culturais Relações de gênero Relações de raça/etnia Relações entre gerações Normas e crenças religiosas Estigma e discriminação Emprego Salários Suporte social Acesso à saúde Acesso à educação Acesso à justiça Acesso à cultura, lazer esporte Acesso à mídia Liberdade de pensamento e expressão Participação política Cidadania	Compromisso político dos governos Definição de políticas específicas Planejamento e avaliação das políticas Participação social no planejamento e avaliação Recursos humanos e materiais para as políticas Governabilidade Controle social Sustentabilidade política, institucional e material da política Articulação multisetorial das ações Atividades intersetoriais Organização do setor saúde Acesso aos serviços Integralidade da atenção Equidade das ações Equipes multidisciplinares Enfoques interdisciplinares Integração entre prevenção, promoção e assistência Preparo tecnicocientífico dos profissionais e equipes Compromisso e responsabilidade dos profissionais Respeito, proteção e promoção de direitos humanos Participação comunitária na gestão dos serviços Planejamento, supervisão e avaliação dos serviços Responsabilidade social e jurídica dos serviços

Fonte: Ayres et al (2006).

As três dimensões que compõem a vulnerabilidade são interdependentes entre si. Isso permite evidenciar que os componentes da dimensão individual são condicionados pelos da dimensão social, ou seja, qualquer adoção de práticas protetoras depende do acesso à informação, grau de escolaridade, da disponibilidade de recursos materiais, do enfrentamento de barreiras culturais e ações coercitivas (NICHATA et al, 2011).

A presença de tais componentes torna um indivíduo ou grupo mais vulnerável do que outro. Atualmente, pelos dados epidemiológicos já apresentados, pode-se dizer que as mulheres constituem-se como um grupo vulnerável às DST/aids.

O perfil dos casos notificados de aids entre mulheres no país remete a alguns fatores que contribuem para sua vulnerabilidade: a baixa escolaridade, condição

socioeconômica menos privilegiada, relações de gênero desequilibradas, parceiros que possuem relações com múltiplas parceiras sexuais. Diversos aspectos das relações sociais de gênero determinam baixo poder de negociação com o parceiro, relações desprotegidas, submissão feminina e dificuldade de se responsabilizar pela sua saúde sexual (SANTOS et al, 2009).

Em pesquisa de Ramos et al (2009) com cerca de 19.000 mulheres em idade fértil, 67,9% delas não se perceberam em risco de adquirir DST/HIV. Um dos motivos de se perceberem em baixo risco é o relacionamento apenas com um único parceiro, enquanto que as que se perceberam em risco citaram como motivo a relação do parceiro com outras mulheres. Assim, as questões de gênero se mostram como fator de risco entre as mulheres para adquirir DST e diminuir o uso consistente do preservativo.

Em metassíntese realizada por De La Torre Ugarte Guanillo (2008), foram identificados e agrupados elementos da vulnerabilidade feminina ao HIV, gerando importantes temas centrais da vulnerabilidade dessa população: normas sociais; imigração; contexto do relacionamento estável; condição socioeconômica insuficiente; contexto socioeconômico do país e gestão dos serviços de saúde. Os de influência mais marcante na vulnerabilidade feminina foram contexto do relacionamento estável, normas sociais, condição socioeconômica insuficiente e gestão dos serviços de saúde.

Nas normas sociais, estão relacionados os aspectos culturais que abordam as relações de gênero, a submissão feminina ao parceiro, os comportamentos sexuais favoráveis à vontade masculina e a violência. O contexto do relacionamento estável envolve a não percepção da vulnerabilidade pela mulher, pois a confiança no parceiro e a monogamia impedem o uso consistente do preservativo. A condição socioeconômica insuficiente engloba o desemprego, baixo salário, analfabetismo, trabalho sexual em troca de dinheiro e falta de informação que gera submissão ao parceiro. E a gestão dos serviços de saúde conglobera desde situações de infraestrutura, acesso aos serviços, organização e planejamento até a capacitação e qualidade dos profissionais (DE LA TORRE UGARTE GUANILLO, 2008).

Os elementos acima citados não influenciam a vulnerabilidade feminina ao HIV/aids de maneira isolada. Esses elementos apresentam interações/relações entre eles o que resulta em um aumento da vulnerabilidade feminina ao vírus.

A partir da complexidade dessas dimensões que compõem a vulnerabilidade, numa intenção de se compreender o problema na sua totalidade, foram propostos

marcadores de vulnerabilidades que possibilitam identificar aspectos de adoecimento relacionados a cada dimensão: individual, social ou programática (TAKAHASHI, 2006).

Segundo Nichiata et al (2011, p.1771), “[...] o termo marcador de vulnerabilidade refere-se a elementos qualificadores que integram as dimensões – individual e coletiva – cuja presença ou ausência definem e caracterizam a dimensão da vulnerabilidade.”

Devido a complexidade da feminização da epidemia e a necessidade de compreender tal fenômeno, em pesquisa de Takahashi (2006), foram identificados marcadores de vulnerabilidade ao adoecimento, infecção e morte pelo HIV/aids. Brito, Galvão e Pereira (2011, p. 502) descrevem esses marcadores conforme a seguinte divisão:

Quadro 2: Marcadores de vulnerabilidade e suas dimensões segundo Takahashi (2006).

Dimensão individual	Dimensão social	Dimensão programática
Conhecimentos e significados da Aids; Características pessoais e relacionais; Impacto do diagnóstico; Recursos disponíveis (pessoais e experiências que interferem no enfrentamento); Modo de enfrentamento (práticas e comportamentos);	Condições de organizações sociais governamentais e não-governamentais relacionadas à aids; Relações de gênero; Aparato jurídico/político;	Estrutura e dinâmica de organização do serviço de saúde; Operacionalização das ações;

A proposta de “marcadores de vulnerabilidade”, a partir dos estudos com temática sobre “vulnerabilidade”, visou uma tentativa de programar estratégias operacionais que permitissem superar a limitação imposta pela amplitude conceitual. Os marcadores seguem uma sistematização com fins didáticos, mas que devem ser analisados, considerando-se a sua inter-relação (TAKAHASHI, 2006).

Tal referencial teórico da vulnerabilidade feminina ao HIV/aids tem a finalidade de melhor compreender o fenômeno da epidemia, realizar ações de promoção e proteção à saúde e de perceber os desígnios do trabalho em enfermagem. (NICHATA et al, 2008).

3.3 O cuidado clínico em Enfermagem na abordagem ao risco e vulnerabilidades para DST/aids entre mulheres em idade fértil

Considerando que a vulnerabilidade depende de fatores multidimensionais, esse modelo dá maior visibilidade à questão social e da subjetividade envolvidas no adoecimento pelo HIV/aids, apontando inclusive algumas possibilidades de cuidado e intervenção (NICHATA et al, 2008).

Ao compreender o fenômeno da vulnerabilidade às DST/aids, entendem-se algumas situações de agravos à saúde e ações necessárias para a manutenção da saúde, fornecendo subsídios aos profissionais de saúde, principalmente ao enfermeiro, para planejar um cuidado em saúde integral.

Quando se pensa sobre cuidado em saúde, associa-se de imediato a aplicação de tecnologias para o bem-estar físico e mental das pessoas (AYRES, 2004). O conceito de cuidado em saúde traz no seu cerne uma predominância dos aspectos relacionados às ferramentas e máquinas complexas, enquanto o aspecto relacional, muitas vezes, é esquecido. Fica evidente uma cisão entre aquilo considerado objetivo e o que é considerado subjetivo. Assim, o conceito de cuidado em saúde deve ser repensado.

Segundo Ayres (2004, p. 74), vários termos foram inseridos no contexto da saúde como promoção da saúde, vigilância em saúde, saúde da família, redução da vulnerabilidade, que não se pode mais compreender o cuidado em saúde apenas como procedimentos e técnicas para êxito de certo tratamento. Pelo contrário, há que se repensar e reconstruir o conceito de cuidado em saúde como:

“[...] uma compreensão filosófica e uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, isto é, uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade.”

Essa concepção de cuidado busca relacionar ativamente o aspecto técnico com os aspectos humanistas da atenção à saúde. Ou seja, a nova concepção do cuidado busca construir uma articulação entre o lado com ênfase na instrumentalidade, procedimentos e técnicas e o lado baseado na dimensão relacional entre profissional e usuário (ANÉAS, AYRES, 2011). O usuário é (ou deveria ser) a parte mais interessada e implicada no processo do cuidado e, como aspirante do próprio bem-estar, deve ser dele a palavra última sobre suas necessidades (AYRES, 2004).

Como o cuidado é o objeto de estudo e de trabalho da Enfermagem, torna-se muito apropriado falar, então, sobre o cuidado clínico de Enfermagem a grupos vulneráveis às DST/aids, como é o caso das mulheres.

O termo clínico aqui deve ser compreendido como as práticas não somente de médicos, mas de todas as profissões que lidam com diagnóstico, tratamento, reabilitação e prevenção secundária. Assim, a clínica nos moldes do modelo biomédico, centrada no

biológico e na doença como foco do cuidado, deve ser superada e transformada numa clínica ampliada (ONOKO CAMPOS, 2001).

Para Campos (1997 apud ONOKO CAMPOS, 2001, p. 101), a clínica ampliada deve ser entendida como a clínica do sujeito, ou seja:

“A doença nunca ocuparia todo o lugar do sujeito, a doença entra na vida do sujeito, mas nunca o desloca totalmente. [...] Nem na pior das doenças, nem à beira da morte, poderíamos, nunca, ser totalmente reduzidos à condição de objeto. O sujeito é sempre biológico, social, e subjetivo. O sujeito é também histórico: as demandas mudam no tempo, pois há valores, desejos que são construídos socialmente e criam necessidades novas que aparecem como demandas. Assim, clínica ampliada seria aquela que incorporasse nos seus saberes e incumbências a avaliação de risco, não somente epidemiológico, mas também social e subjetivo, do usuário ou grupo em questão.”

É necessário que se estabeleça uma ruptura daquele modelo obcecado pelo objeto de intervenção e se perceba as interações mais amplas que ali ocorrem. Deve-se considerar a pluralidade do ser humano implicado durante o cuidado, senão não se estará deixando a pessoa assistida participar da ação em curso. Ela não estará sendo sujeito. Assim, a importância do cuidar nas práticas de saúde se fundamenta no desenvolvimento de atitudes e espaços para a intersubjetividade, no exercício da sabedoria prática para a saúde, apoiado em tecnologias, mas sem se resumir apenas a estas (AYRES, 2004).

Nesse contexto, o cuidado clínico de enfermagem pode ser compreendido como uma atitude do sujeito-cuidador para o sujeito a ser cuidado. Deve abranger muito mais do que atenção, zelo, desvelo e técnicas. É, na verdade, uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro. O cuidado de enfermagem deve basear-se numa visão da integralidade do sujeito, não apenas na patologia, assim é necessário saber sobre o outro (SCHOELLER, LEOPARDI, RAMOS, 2011).

Esse cuidado pressupõe não apenas conhecimento científico, mas também conhecimento do outro, a partir de uma relação afetivo-solidária, em busca de alternativas e possibilidades de enfrentamento dos problemas que o sujeito enfermo/cuidado está atravessando. Este conhecimento deve contemplar as dimensões biológica, afetiva, econômica, social e cultural, visando conhecer profundamente o outro ser e seu momento de vida (SCHOELLER, LEOPARDI, RAMOS, 2011).

O cuidado acontece de maneira relacional, ou seja, entre sujeito-sujeito. O cuidador e o ser cuidado são co-participativos nesse processo. E este só existe porque há

uma condição de vulnerabilidade de um dos sujeitos, seja ela ontológica, social, cultural, ética ou natural. Porém, durante o processo do cuidado, o sujeito vulnerável é capaz de perceber sua vulnerabilidade e de elaborar estratégias de se proteger. Enquanto que o cuidador precisa estar consciente da vulnerabilidade do outro, ou seja, da sua extensão e natureza e assim empreender esforços no sentido de ajudar, de cuidar (WALDOW, BORGES, 2008).

Dessa forma, o cuidado clínico de Enfermagem deve ser mais arte ao lado da técnica, mais plástico e flexível, capaz de se moldar às necessidades do sujeito, ou seja, um plano de cuidado singularizado e voltado para o outro, otimizando a interação e enriquecendo horizontes.

Além disso, o cuidado clínico de Enfermagem não deve contemplar apenas o indivíduo, mas a família e a coletividade no qual está inserido e o seu contexto situacional. Dessa maneira, o cuidado envolve ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, diagnóstico, tratamento, recuperação, reabilitação e cura, sempre proporcionando que a participação do sujeito seja efetiva e criativa.

O cuidado clínico deve contemplar também as ações educativas que focalizem os riscos e as vulnerabilidades inerentes às DST/aids, às relações sexuais desprotegidas, à mudança no comportamento e à adesão ao preservativo. Para a prática educativa, “[...] privilegia-se uma abordagem que enfatiza as experiências e saberes contextualizados dos sujeitos envolvidos entendendo-os como processos estimuladores de mudanças individuais e coletivas.” (ACIOLI, 2008).

Nessa conformidade, a proposição do quadro conceitual da vulnerabilidade (AYRES et al. 2006), desenvolvidas no contexto da epidemia de HIV/aids apresenta que o enfoque da vulnerabilidade tem se mostrado um valioso instrumento para escaparmos à lógica cognitivo-comportamentalista na compreensão da suscetibilidade à infecção pelo HIV e, conseqüentemente, tem nos permitido ampliar as intervenções preventivas e educativas para além do território e responsabilidades restritas à individualidade (AYRES, 2004).

Somando-se a esse contexto, o âmbito da promoção da saúde com foco nas vulnerabilidades às DST/aids é de fundamental importância para estabelecer um cuidado co-participativo, promovendo autonomia e corresponsabilidade do sujeito implicado. Segundo Prado, Falleiro e Mano (2011, p.466), a promoção da saúde como parte do cuidado:

“É necessário, principalmente em situações de vulnerabilidade, que o entendimento do possível seja parte/resultado de uma escuta ampliada e seja capaz de pactuar, em conjunto, encaminhamentos condizentes com a realidade do indivíduo. Não se trata de aceitar todas as atitudes, mas a partir delas ir construindo a relação para superação de comportamentos nocivos à convivência individual e social.”

Percebendo-se a amplitude do cuidado e a necessidade deste se voltar para a coletividade, a identificação dos riscos e vulnerabilidades, principalmente no âmbito das DST/HIV, se apresenta como estratégia máxima para a compreensão das situações de iniquidades e desigualdades sociais, a fim de gerar novas propostas de ações de saúde baseadas na integralidade e na intersetorialidade. Segundo Sánchez e Bertolozzi (2007), as pesquisas sobre vulnerabilidades permitem renovar as práticas de saúde como práticas sociais e históricas, por meio de trabalho articulado com diferentes setores da sociedade e da transdisciplinaridade.

A abordagem da população vulnerável às DST/aids busca mudanças em nível econômico, político, cultural e, sobretudo, social. Ao identificarem-se as vulnerabilidades individuais e sociais para DST/aids, poderão ser traçadas diversas maneiras de intervenções por meio de um cuidado planejado com base nas necessidades investigadas e que se apoie nos saberes populares, no sujeito como ser autônomo e responsável pela sua saúde, e em parcerias junto a instituições governamentais, não-governamentais e locais.

É fato, então, que o estudo das vulnerabilidades permite um embasamento para as práticas de saúde, com ênfase para o cuidado clínico de Enfermagem em todos os níveis de atenção, integrando os planos relativos ao indivíduo-coletivo, aos programas e às políticas públicas (SÁNCHEZ, BERTOLOZZI, 2007).

Logo, a intenção em avaliar questões de risco e vulnerabilidades para DST/aids implicará em novos conhecimentos necessários para garantir uma reconfiguração nas ações de saúde, sejam elas de prevenção ou de promoção da saúde, nas posturas dos profissionais, na rede de serviços e nas políticas de saúde, visando o controle da transmissão de DST/HIV.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico analítico do tipo caso-controle que serve para investigar a etiologia de doenças ou agravos à saúde. Nos estudos caso-controle, primeiramente, identificam-se e classificam-se os indivíduos com a doença (casos) segundo grau de exposição ao fator de risco ou prognóstico de interesse e, para efeito de comparação, uma amostra de base populacional é selecionada para compor o grupo-controle, ou seja, indivíduos sem a doença. Nos estudos de caso-controle, parte-se do desfecho (doença) para a investigação da causa (exposição), sendo um estudo longitudinal (MEDRONHO, 2008).

No presente estudo, houve divisão da amostra em dois grupos: um grupo exposto ao HIV (caso) e um grupo não exposto ou sem o diagnóstico de HIV (controle), em seguida, foi verificado os seus status de exposição prévia ao desenvolvimento da doença. Estudos de caso-controle podem ser usados para sugerir relações causais importantes (OLIVEIRA et al, 2010), como no caso de fatores associados ao risco e marcadores de vulnerabilidade para alguma doença ou enfermidade.

4.2 Local do estudo

A pesquisa foi desenvolvida em dois serviços de saúde: em ambulatório de HIV/aids do Hospital São José de Doenças Infecciosas e no Centro de Saúde Anastácio Magalhães no qual funciona a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Ambos os serviços estão situados no mesmo território e fazem parte da Secretaria Executiva Regional III (SER III), do município de Fortaleza – CE.

O Hospital São José de Doenças Infecciosas é uma instituição pública estadual em nível terciário de atenção à saúde no município de Fortaleza – Ceará, referência para diagnóstico, tratamento, ensino e pesquisa em doenças infecciosas no Estado do Ceará, contando com mais de 700 servidores.

O hospital possui uma área construída de, aproximadamente, 4.700m² e conta com uma capacidade de internamento de 126 leitos, sendo sete leitos de UTI. Além de serviço ambulatorial especializado para pessoas com HIV/aids e um hospital-dia (CEARÁ, 2010).

A missão desse Hospital é garantir uma assistência qualificada e humanizada em doenças infecciosas no diagnóstico, tratamento, sendo também instituição de ensino e pesquisa. Possui, também, ambulatório especializado em hepatites virais, doenças sexualmente transmissíveis (DST), endocrinologia, leishmanioses e odontologia, cuja assistência é desenvolvida por equipe multidisciplinar. Além de consultório 24h, para pronto atendimento de doenças infecciosas. O hospital oferece, ainda, laboratório de análises clínicas e serviço de diagnóstico e tratamento. (CEARÁ, 2010).

O Centro de Saúde Anastácio Magalhães está presente na mesma área de abrangência em que se situa o Hospital. Nessa Unidade funcionam quatro equipes da Estratégia de Saúde da Família, bem como são realizados atendimentos para DST/ aids, tuberculose, hanseníase, hipertensão e diabetes, pré-natal de baixo e alto risco, prevenção ginecológica, planejamento familiar, odontologia, exames laboratoriais, ultrassonografias e teste rápido. A política adotada para os casos de DST é de incorporá-los aos serviços de saúde convencionais já existentes, como é o caso do referido Centro de Saúde.

4.3 População e Amostra

A população foi constituída apenas por mulheres em idade fértil sem o diagnóstico de HIV atendidas no Centro de Saúde durante o período da coleta de dados (três meses), bem como por mulheres em idade fértil com diagnóstico de HIV/aids atendidas no Ambulatório referência para DST/aids no mesmo período, e, a partir dessa população, foi calculado o tamanho da amostra dos grupos que compuseram o estudo.

Considerando o município de Fortaleza-CE, há um total de 1.304.297 mulheres residentes, sendo 868.117 delas em idade fértil, o que corresponde a 65%. Esse percentual foi utilizado no cálculo da amostra, a partir da população encontrada em atendimento nos serviços durante o período de coleta de dados. A média da população encontrada em atendimento nos serviços foi de 300 mulheres em idade fértil, no período referente aos três meses de coleta.

Assim, foi realizado cálculo amostral para delimitar uma amostra significativa, fixando um intervalo de confiança de 95% (1,96), um erro permissível de 5%, poder de teste (1-B=80%), proporção de pessoas expostas ao fator de risco na população geral ($p_0=50\%$), o valor de *odds ratio* mínimo detectado (OR=2), razão entre número de casos e controles (R=1) (COSTA, 2011). Portanto, dever-se-ia obter uma amostra de 87 mulheres para o grupo caso e 87 para o grupo controle, somando um total de 174 mulheres. Porém, diante

de algumas dificuldades na vigência do período de coleta de dados, a amostra constituiu-se de 84 mulheres para o grupo caso e 90 para o grupo controle.

Os critérios de inclusão para compor o grupo controle foram:

- Ter idade entre 18 a 49 anos;
- Ter iniciado vida sexual;
- Ser atendida ou acompanhada na Unidade Básica de Saúde;
- Ser residente no município de Fortaleza;
- Demonstrar disponibilidade para participar do estudo.

Os critérios de inclusão para compor o grupo caso foram:

- Ter idade entre 18 a 49 anos;
- Ter diagnóstico de HIV/aids;
- Ser atendida ou acompanhada no Ambulatório referência de DST/HIV/aids;
- Ser residente no município de Fortaleza;
- Demonstrar disponibilidade para participar do estudo.

Foram excluídas aquelas que por algum motivo não tivessem condições de responder à pesquisa, como problemas visuais, auditivos, ou de qualquer debilidade física.

As participantes foram selecionadas por meio da técnica de amostragem não probabilística por conveniência, que consiste em compor a amostra com base na facilidade de acesso aos participantes, sem ser possível determinar as probabilidades das amostras, admitindo que essa amostra possa representar o universo (COSTA, 2011). Ou seja, foram selecionadas para compor a amostra aquelas mulheres que se encontraram nos serviços de saúde referidos durante o período de coleta de dados.

Para compor o grupo controle, foram abordadas mulheres que estavam em sala de espera no serviço de prevenção ginecológica na atenção básica. Após explicação da pesquisa, foram selecionadas aquelas compatíveis com os critérios de inclusão e que aceitaram participar da pesquisa. Para compor o grupo caso, foram abordadas mulheres que se encontravam em consulta de acompanhamento no ambulatório de DST/Aids do Hospital referência no município. A abordagem às mulheres soropositivas foi feita juntamente com o profissional de saúde ou com trabalhador voluntário que a acompanhava durante a consulta. Após explicação da pesquisa, foram selecionadas aquelas compatíveis com os critérios de inclusão e que aceitaram participar da pesquisa.

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada durante o período de novembro de 2013 a janeiro de 2014. Os dados foram coletados por meio de um formulário estruturado com perguntas fechadas que abordavam questões sobre: (1) variáveis sociodemográficas (idade, estado civil, renda familiar, anos de estudo, quantas pessoas contribuem com a renda familiar, religião); (2) variáveis de interesse sobre sexualidade e comportamento sexual (namoro, relações sexuais, uso do preservativo, número de parceiros, história de DST, sinais e sintomas de DST, uso de drogas e álcool); (3) variáveis sobre relações sociais e afetivas (espiritualidade, religião, trabalho, relações com parceiro, história de violência) e (4) variáveis sobre serviços de saúde utilizados (tipos de serviço de saúde frequentados, classificação dos atendimentos e dos profissionais, acessibilidade).

4.5 Análise de dados

Os dados referentes ao formulário foram processados no software estatístico *Statistical Package for Social Sciences* – SPSS 16.0, licença TEAMEQX 1337. A análise desses dados envolveu estatística descritiva simples, utilizando-se das medidas de tendência central, tais como, média, moda, mediana, e desvio padrão, para a descrição dos resultados.

Parte dos dados apreendidos foi submetida à análise da associação entre variáveis categóricas. Para isso, foi empregado o teste não-paramétrico qui-quadrado (χ^2) o qual serve para comparar proporções de duas variáveis qualitativas, tomando como parâmetro nível de significância p menor ou igual a 0,05.

Ainda empregou-se o cálculo da Razão de Chance (RC) que é o quociente entre a probabilidade de acontecer um evento e a probabilidade do mesmo evento não ocorrer. Quanto mais este valor se afasta positivamente de um, mais forte será a associação entre as variáveis. O cálculo da RC é fundamental nos estudos caso-controle por permitir o teste das hipóteses iniciais e verificação dos fatores de risco significantes.

Para a interpretação dos dados, foram estatisticamente significantes aquelas variáveis que apresentarem valor- p menor ou igual a 0,05, ou seja, a variável terá significância como risco ou vulnerabilidade para DST/aids. Também foi considerado para interpretação dos resultados o valor de RC maior ou igual a 2, significando o quão alta pode ser a razão de chance da variável se apresentar como fator de risco ou vulnerabilidade.

Por fim, fez-se uma regressão logística hierarquizada (do tipo forward condicional), haja vista os vários fatores de risco para fragilidade. Esse tipo de regressão supõe uma estrutura hierarquizada, onde os níveis envolvidos mantêm uma interrelação. Inicialmente realizou-se uma análise bivariada (teste de qui-quadrado com correção de continuidade) entre fragilidade e as variáveis independentes. Foram estimados as RC brutas, construídos seus IC95% e respectivos valores de p . Nessa análise todas as variáveis que apresentaram valores de $p < 0,20$ entraram no modelo de regressão logística. Por sua vez, as variáveis que nesse modelo apresentaram valores de $p < 0,10$ continuaram na análise.

Ao final, os dados foram expostos em quadros e tabelas para visualização dos principais resultados encontrados.

4.6 Aspectos éticos e legais da pesquisa

O projeto foi apresentado sob a forma de protocolo de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, respaldando-se conforme os princípios éticos legais de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12 no qual foram respeitados os princípios bioéticos como a autonomia, não maleficência, beneficência e justiça (BRASIL, 2012), garantindo ao entrevistado o anonimato e assegurando o direito de desistir da pesquisa a qualquer momento, se assim o desejasse.

Inicialmente as entrevistadas foram convidadas pelas pesquisadoras a participarem do estudo. Para aquelas que aceitaram, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A aplicação do formulário de coleta de dados foi realizada de forma individual, em ambiente privado, durante a espera para consulta tanto no ambulatório referência para DST/aids do Hospital São José como no Centro de Saúde Anastácio Magalhães.

A pesquisa e o instrumento foram explicados à participante, enfatizando a participação voluntária e o sigilo da sua identidade. Ficou acordado entre as participantes que seus verdadeiros nomes e dados seriam preservados no anonimato e na confidencialidade, como também seria respeitada, caso ocorresse, a desistência da entrevistada sem prejuízo para ela, bem como seria garantido que não sofreria danos físicos ou morais.

Quanto aos benefícios da pesquisa, as entrevistadas tiveram a oportunidade de estar discutindo, após a coleta de informações, essa temática com as pesquisadoras, bem como compreendendo melhor sobre sua sexualidade, transmissão das DST/aids, a importância dos métodos de prevenção e fatores de risco e vulnerabilidade que podem interferir nesses cuidados à saúde sexual e reprodutiva da mulher.

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização Socioeconômica

Estão apresentados na Tabela 1, abaixo, os dados referentes ao perfil sociodemográfico da amostra composta por 174 mulheres em idade fértil, especificando grupo caso e grupo controle.

Tabela 1: Distribuição da amostra conforme variáveis socioeconômicas. Fortaleza – CE, 2013

Variáveis	Grupo caso		Média (desvio padrão)	Grupo controle		Média (desvio padrão)
	n	%		n	%	
Idade			36,2 (7,6)			32,0 (9,8)
18-30 anos	22	26,2		45	50,0	
31-40 anos	34	40,5		23	25,6	
41-49 anos	28	33,3		22	24,4	
Anos de estudo*			7,4 (3,3)			9,7 (3,0)
0-7 anos	37	44,6		17	21,0	
Acima de 7 anos	46	55,4		64	79,0	
Estado civil						
Solteira	24	28,6		29	32,2	
Casada	12	14,3		32	35,6	
União estável	39	46,4		21	23,3	
Separada	07	8,3		06	6,7	
Viúva	02	2,4		02	2,2	
Quantas pessoas moram com você*			3,0 (1,6)			4,0 (1,9)
0-4 pessoas	69	84,2		59	65,5	
5 ou mais	13	15,9		31	34,4	
Moradia*			4,3 (1,8)			5,2 (2,0)
1-4 cômodos	40	48,8		38	42,2	
5 ou mais cômodos	42	51,2		52	57,8	
Trabalha						
Não	55	65,5		42	46,7	
Sim	29	35,5		48	53,3	
Renda familiar*			800,00 (720,70)			1397,81 (1285,70)
Até mil reais	57	72,2		41	51,2	
Acima de mil reais	22	27,8		39	48,8	
Recebe benefícios do governo*						
Sim	60	71,4		37	41,6	
Não	24	28,6		52	58,4	
Total	84	100,0		90	100,0	

*Variáveis que tiveram dados perdidos.

Observou-se que o grupo caso apresentou maioria (34; 40,5%) com idade entre 30-41 anos, com média de idade de 36 anos entre as mulheres, média de anos de estudo de 7,4 anos e a maioria (39; 46,4%) encontrava-se em união estável. Em relação à moradia, referiram casas de baixo padrão com média de quatro cômodos, moravam em média com três pessoas. A renda média da família foi de 800,00 reais, a maioria (55; 65,5%) não trabalhava, porém afirmou receber benefícios do governo (60; 71,4%), principalmente Bolsa Família (33; 39,3%).

Já o grupo controle, apresentou maioria com idade entre 18-30 anos, com média de idade de 32 anos entre elas, média de anos de estudo de aproximadamente 10 anos e a maioria (32; 35,6%) era casada. Em relação à moradia, referiram casas com média de cinco cômodos, moravam em média com quatro pessoas. A renda média da família foi de aproximadamente 1400 reais, a maioria trabalhava (48; 53,3%) e não recebia benefícios do governo (52; 57,8%). Dentre aquelas que recebiam, o mais prevalente foi o Bolsa Família (29; 32,2%).

5.2. Fatores associados ao risco e Vulnerabilidade: dimensão individual

A Tabela 2, a seguir, apresenta alguns aspectos individuais que remetem ao risco e vulnerabilidade para DST/aids entre a amostra de 174 mulheres divididas em grupo caso e grupo controle.

Tabela 2: Distribuição da amostra conforme variáveis individuais de comportamento sexual, álcool e drogas. Fortaleza-CE, 2013.

Variáveis	Grupo caso		Grupo controle		RC	IC95%	p
	n	%	n	%			
Idade da sexarca*							
Entre 9 – 15 anos	38	45,2	33	37,1	1,4	(0,7-2,6)	0,3
Acima de 15 anos	46	54,8	56	62,9	1,0		
Média (desvio padrão)	16,4 (2,9)		16,8 (3,1)				
Preservativo na primeira relação sexual							
Não	59	70,2	48	53,3	2,0	(1,1-3,8)	0,02
Sim	25	29,8	42	46,7	1,0		
Relações nos últimos doze meses							
Sim	67	79,8	82	91,1	0,3	(0,1-0,9)	0,03
Não	17	20,2	08	8,9	1,0		
Preservativo na última relação							
Não	35	41,7	61	67,1	0,3	(0,2-0,8)	0,001
Sim	49	58,3	29	32,2	1,0		
Número de parceiros*							
Acima de 5 parceiros	20	23,8	20	23,3	1,0	(0,5-2,0)	0,9
1-5 parceiros	64	76,2	66	76,7	1,0		
Frequência do uso do preservativo							
Inconsistente (Nunca/Às vezes)	71	84,5	71	78,9	1,5	(0,7-3,1)	0,3
Consistente (Sempre)	13	15,5	19	21,1	1,0		
Relação do tipo oral							
Sim	29	34,5	44	48,9	0,5	(0,3-1,0)	0,06
Não	55	65,5	46	51,1	1,0		
Preservativo na relação oral							
Inconsistente (Nunca/Às vezes)	21	72,4	42	95,5	0,1	(0,02-0,6)	0,05
Consistente (Sempre)	08	27,6	02	4,5	1,0		
Relação do tipo anal							
Sim	32	38,1	30	33,3	1,3	(0,6-2,2)	0,5
Não	52	61,9	60	66,7	1,0		
Preservativo na relação anal							
Inconsistente (Nunca/Às vezes)	23	71,8	21	70,0	1,1	(0,3-3,2)	0,8
Consistente (Sempre)	09	28,1	09	30,0	1,0		
Conhecer a camisinha feminina							
Não	57	67,9	43	47,8	2,2	(1,2-4,2)	0,007
Sim	27	32,1	47	52,2	1,0		
Uso contínuo de bebida alcoólica*							
Sim	38	45,8	09	10,0	7,6	(3,3-17,1)	<0,001
Não	45	54,2	81	90,0	1,0		
Uso de drogas*							
Sim	19	22,6	11	12,5	2,0	(0,9-4,6)	0,08
Não	65	77,4	77	87,5	1,0		
Sintomas de ferida vaginal							
Sim	24	28,6	11	12,2	2,8	(1,3-6,3)	0,007
Não	60	71,4	79	87,8	1,0		
Sintomas de ferida anal							
Sim	13	15,5	02	2,2	8,0	(1,7-36,8)	0,002
Não	71	84,5	88	97,8	1,0		
Total	84	100,0	90	100,0			

*Variáveis que tiveram dados perdidos.

Observou-se que 54,8% (46) e 62,9% (56) iniciaram a vida sexual acima dos 15 anos de idade, respectivamente no grupo caso e controle, com média de 16 anos para a primeira relação sexual em ambos os grupos.

Entre as mulheres com diagnóstico positivo, a maioria se infectou entre 18-30 anos de idade (55; 65,5%) e em união estável (46; 54,8%). A maioria (59; 70,2%) não usou preservativo na primeira relação sexual. 79,8% (67) tiveram relações sexuais nos últimos doze meses, sendo que 58,3% (49) utilizaram o preservativo na última relação. Apenas 34,5% (29) e 38,1% (32) afirmaram que tiveram relações do tipo oral e anal, respectivamente, antes de conhecerem seu diagnóstico. A maioria (57; 67,9%) não conhecia a camisinha feminina. O uso de álcool e drogas foi referido por 45,8% (38) e 22,6% (19), respectivamente.

No grupo controle, a maioria (48; 53,3%) não usou *condom* na primeira relação sexual. 91,1% (82) mantiveram relações sexuais nos últimos doze meses, porém 67,8% (61) não usaram o *condom* na última relação. Relações do tipo oral e anal foram citadas por 48,9% (44) e 33,3% (30) respectivamente entre o grupo controle. 52,2% (47) afirmaram conhecer a camisinha feminina. O uso de álcool e drogas foi referido por 10,0% (9) e 12,5% (11) respectivamente.

A maioria das mulheres no grupo caso (60; 71,4%) não referiram presença de sintomas como feridas vaginais nem anais (71; 84,5%), assim como o grupo controle também não referiu feridas vaginais (79; 87,8%) nem anais (88; 97,8%).

Como foi mostrado na Tabela 2, as variáveis referentes ao não uso do preservativo na primeira relação sexual, uso inconsistente do preservativo na relação oral, conhecimento do preservativo feminino, uso contínuo de bebida alcoólica e presença de sintomas de feridas vaginais e anais se apresentaram estatisticamente significantes ($p < 0,05$) para infecção pelo HIV. As variáveis como relações sexuais nos últimos doze meses e uso do preservativo na última relação também apresentaram significância no grupo controle como exposição às DST/aids.

Pode-se constatar que há uma razão de chance duas vezes maior de contrair HIV para aquelas que não usaram preservativo na primeira relação sexual, que não conheciam a camisinha feminina e que fizeram uso de drogas. Há uma razão de chance sete vezes maior de contrair HIV para aquelas que faziam uso contínuo de bebida alcoólica. A presença de sintomas de ferida vaginal elevou em quase três vezes a chance de contrair o vírus, já a presença de sintomas de ferida anal elevou a chance de infecção pelo HIV em oito vezes entre as mulheres.

Além das variáveis referidas acima, a Tabela 3 apresenta dados sobre o nível de conhecimento da amostra relacionado à transmissão do HIV.

Tabela 3: Distribuição da amostra conforme conhecimento sobre as formas de transmissão do HIV. Fortaleza – CE, 2013.

Como se transmite o HIV	Grupo caso		Grupo controle		RC	IC95%	p
	n	%	n	%			
Beijo na boca*							
Sim	19	23,2	25	30,1	0,7	(0,3-1,4)	0,3
Não	63	76,8	58	69,9	1,0		
Beijo no rosto*							
Sim	07	8,5	05	6,3	1,4	(0,4-4,5)	0,6
Não	75	91,5	74	93,7	1,0		
Abraço*							
Sim	06	7,3	02	2,5	3,0	(0,6-15,7)	0,1
Não	76	92,7	78	97,5	1,0		
Aperto de mão*							
Sim	04	4,9	04	5,1	0,9	(0,2-4,0)	0,9
Não	78	95,1	75	94,9	1,0		
Sexo vaginal sem camisinha*							
Não	03	3,7	03	3,3	1,1	(0,2-5,6)	0,9
Sim	79	96,3	87	96,7	1,0		
Sexo oral sem camisinha*							
Não	10	12,5	18	20,9	0,5	(0,2-1,2)	0,1
Sim	70	87,5	68	79,1	1,0		
Sexo anal sem camisinha*							
Não	07	8,6	07	8,0	1,0	(0,3-3,2)	0,8
Sim	74	91,4	80	92,0	1,0		
Sexo durante a menstruação sem camisinha*							
Não	06	7,7	11	12,8	0,5	(0,2-1,6)	0,2
Sim	72	92,3	75	87,2	1,0		
Compartilhar seringas e agulhas*							
Não	04	4,9	11	12,5	0,3	(0,1-1,1)	0,08
Sim	78	95,1	77	87,5	1,0		
Compartilhar utensílios domésticos*							
Sim	08	9,9	13	15,7	0,6	(0,2-1,5)	0,2
Não	73	90,1	70	84,3	1,0		
Compartilhar roupas*							
Sim	22	27,5	32	36,8	0,6	(0,3-1,2)	0,2
Não	58	72,5	55	63,2	1,0		
Banheiro público*							
Sim	34	42,5	37	44,0	0,9	(0,5-1,7)	0,8
Não	46	57,5	47	56,0	1,0		
Picada de inseto*							
Sim	27	33,8	31	35,6	0,9	(0,4-1,7)	0,7
Não	53	66,2	56	64,4	1,0		
Doação de sangue*							
Sim	72	88,9	72	83,7	1,5	(0,6-3,8)	0,3
Não	09	11,1	14	16,3	1,0		
Total	81	100,0	86	100,0			

*Variáveis que tiveram dados perdidos.

Verificou-se que o nível de conhecimento das formas de transmissão do HIV é semelhante entre os grupos caso e controle, não apresentando assim nenhuma variável estatisticamente significativa.

A maioria das mulheres da pesquisa soube reconhecer as formas de transmissão do HIV. Considerando respectivamente grupo caso e grupo controle, 96,3%

(79) e 96,7% (87) afirmaram que o vírus se transmite por sexo vaginal sem camisinha; 87,5% (70) e 79,1% (68) afirmaram que se transmite por sexo oral sem camisinha; 91,4% (74) e 92,0% (80) afirmaram que o vírus é transmitido por sexo anal sem camisinha; 92,3% (78) e 87,2% (77) relataram que há transmissão por meio do sexo durante a menstruação sem camisinha e 95,1% (72) e 87,5% (75) relataram que também se transmite por compartilhar seringas e agulhas.

Ambos os grupos também identificaram corretamente algumas formas em que não há transmissão do vírus, como, por exemplo, o beijo na boca citado por 78,8% (63) e 69,9% (58), o beijo no rosto citado por 91,5% (75) e 93,7% (74), abraço citado por 92,7% (76) e 97,5% (78), aperto de mão referido por 95,1% (78) e 94,9% (75), compartilhar roupas referido por 72,5% (58) e 63,2% (55), em banheiro público citado por 57,5% (46) e 56,0% (47) e picada de inseto referido por 66,2% (53) e 64,4% (56) respectivamente pelos grupos caso e controle.

A doação de sangue foi relatada por 88,9% (72) e 83,7% (72), respectivamente no grupo caso e no grupo controle, como sendo uma forma de transmissão do HIV, o que mostra que ainda há informações equivocadas em algumas maneiras de como o vírus é transmitido.

A Tabela 4 a seguir apresenta a autopercepção de risco de contrair o HIV entre a amostra de 174 mulheres distribuídas entre grupo caso e controle.

Tabela 4: Distribuição da amostra conforme autopercepção do risco de contrair o vírus HIV. Fortaleza – CE, 2013.

Classificação do risco de contrair HIV	Grupo caso		Grupo controle		RC	IC95%	p
	n	%	n	%			
Muito possível	03	3,6	10	11,1	2,8	(1,4-5,4)	0,002
Possível	06	7,1	13	14,4			
Pouco possível	09	10,7	16	17,8			
Quase impossível	10	11,9	31	34,4			
Impossível	56	66,7	20	22,2			
Total	84	100,0	90	100,0			

A Tabela 4 mostrou que a maioria (56; 66,7%) das mulheres do grupo caso considerava impossível seu risco de contrair o HIV, antes de conhecer seu status sorológico comparando, seguido de 11,9% (10) que consideravam quase impossível adquirir o vírus. No grupo controle, a maioria (31; 34,4%) classificou seu risco de contrair o HIV como quase

impossível, seguido da classificação impossível (20; 22,2%). Ou seja, a maioria das mulheres soropositivas não percebia situações de vulnerabilidade em que se encontravam.

Considerando as variáveis grupo e classificação do risco, verificou-se uma correlação significativa ($p < 0,05$) para aquelas mulheres que apresentaram diagnóstico positivo para HIV e consideraram um risco impossível, ou seja, não se perceberam em risco de contrair o vírus, elevando em até sete vezes ($RC=7,0$) a chance de se contaminar.

5.3. Fatores associados ao risco e Vulnerabilidade: dimensão social

A Tabela 5, a seguir, apresenta os dados referentes às variáveis sociais e de gênero que se mostraram como vulnerabilidades para DST/aids entre a amostra de 174 mulheres em idade fértil.

Tabela 5: Distribuição da amostra conforme variáveis relacionadas aos anos de estudo, emprego, renda familiar, relações de gênero e relacionamento com o parceiro, Fortaleza – CE, 2013.

Variáveis	Grupo caso		Grupo controle		RC	IC95%	p
	n	%	n	%			
Anos de estudo*							
0-7 anos	37	44,6	17	21,0	3,0	(1,5-6,0)	0,001
Acima de 7 anos	46	55,4	64	79,0	1,0		
Renda familiar*							
Até mil reais	57	72,2	41	51,2	2,5	(1,2-4,7)	0,007
Acima de mil reais	22	27,8	39	48,8	1,0		
Trabalha							
Não	55	65,5	42	46,7	2,1	(1,1-4,0)	0,01
Sim	29	35,5	48	53,3	1,0		
Relações sexuais por benefícios							
Sim	14	16,7	02	2,2	8,8	(1,9-40,0)	0,001
Não	70	83,3	88	97,8	1,0		
Relações sexuais forçadas							
Sim	16	19,0	10	11,1	1,8	(0,8-4,4)	0,1
Não	68	81,0	80	88,9	1,0		
Sofreu violência pelo parceiro*							
Sim	31	36,9	12	13,5	3,7	(1,7-7,9)	<0,001
Não	53	63,1	77	86,5	1,0		
Parceiro em uso contínuo de bebida alcoólica*							
Sim	78	92,9	63	70,8	5,3	(2,1-13,8)	<0,001
Não	06	7,1	26	29,2	1,0		
Parceiro usuário de drogas*							
Sim	40	47,6	20	22,5	3,2	(1,6-6,0)	0,001
Não	44	52,4	69	77,5	1,0		
Parceiro ex-presidiário							
Sim	17	20,2	08	8,9	2,6	(1,0-6,3)	0,03
Não	67	79,8	82	91,1	1,0		
Diálogo com parceiro sobre a relação sexual							
Inconsistente (Nunca/às vezes)	65	77,4	40	44,4	4,3	(2,2-8,6)	<0,001
Consistente (sempre)	19	22,6	50	55,6	1,0		
Uso do preservativo quando tem plena confiança no parceiro							
Inconsistente (Nunca/às vezes)	72	85,7	63	70,0	2,6	(1,2-5,5)	0,01
Consistente (sempre)	12	14,3	27	30,0	1,0		
Iniciativa para o uso do preservativo							
Inconsistente (Nunca/às vezes)	60	71,4	67	74,4	0,8	(0,4-1,6)	0,6
Consistente (sempre)	24	28,6	23	25,6	1,0		
Total	84	100,0	90	100,0			

*Variáveis que tiveram dados perdidos.

Constatou-se que alguns fatores sociais interferem no risco e vulnerabilidade feminina às DST/aids, com destaque para relações de gênero.

Entre as mulheres do grupo caso, 55,4% (46) tinham escolaridade acima de sete anos de estudo. 72,2% (57) apresentavam renda familiar até mil reais. A maioria relatou não ter tido relações sexuais em troca de benefícios (70; 83,3%) ou relações sexuais forçadas (68; 81,0%). Com referência aos relacionamentos com o parceiro, a maioria (53; 63,1%) não havia sido vítima de violência, porém 92,9% (78) afirmaram parceiros que faziam uso freqüente de álcool. 52,4% (44) e 79,8% (67) referiram não ter tido relações sexuais com usuário de drogas e ex-presidiário, respectivamente. A maioria tinha iniciativa de uso do preservativo inconsistente (60; 71,4%), bem como conversas com o parceiro sobre sexo inconsistente (65; 77,4%). Ter confiança no parceiro também levou ao uso inconsistente do preservativo (72; 85,7%).

No grupo controle, 79,0% (64) tinham escolaridade acima de sete anos de estudo, 51,2% (41) apresentavam renda familiar até mil reais. A maioria relatou não ter tido relações sexuais em troca de benefícios (88; 97,8%) ou relações sexuais forçadas (80; 88,9%). Com referência aos relacionamentos com o parceiro, a maioria (77; 86,5%) não havia sido vítima de violência, porém 70,8% (63) afirmaram parceiros que faziam uso freqüente de álcool. 77,5% (69) e 91,1% (82) referiram não ter tido relações sexuais com usuário de drogas e ex-presidiário, respectivamente. A maioria tinha iniciativa de uso do preservativo inconsistente (67; 74,4%), apesar de afirmarem conversas consistentes com o parceiro sobre sexo (50; 55,6%). Ter confiança no parceiro levou ao uso inconsistente do preservativo (63; 70,0%).

Ao se realizar o teste não paramétrico qui-quadrado (χ^2) para cruzar variáveis, a maioria delas como anos de estudo entre 0-7 anos; renda familiar até mil reais; ter relações sexuais em troca de benefícios; ter sofrido violência pelo parceiro; ter parceiro etilista, usuário de drogas ou ex-presidiário; diálogos inconsistentes sobre relação sexual e uso inconsistente do preservativo devido à confiança no parceiro se mostraram estatisticamente significante ($p < 0,05$) para infecção por DST/aids.

Constatou-se que aquelas mulheres com renda familiar baixa (até mil reais, ou seja, menor que dois salários mínimos) e uso inconsistente do *condom* por confiar no parceiro levaram a uma razão de chance 2,5 vezes maior de contrair o vírus. Aquelas com baixa escolaridade (0-7 anos de estudo) e que tiveram parceiros usuários de drogas apresentaram uma razão de chance três vezes maior de contrair o HIV. Ter sofrido algum tipo de violência pelo parceiro e referir diálogos inconstantes com o parceiro sobre sexo gerou uma razão de chance quatro vezes maior de se infectar pelo HIV. As mulheres que tiveram relações com parceiro etilista crônico, ou seja, que fazia uso contínuo de bebidas alcoólicas possuíam uma razão de chance cinco vezes maior de contrair o vírus, enquanto

que se dispôr a ter relações sexuais em troca de benefícios (dinheiro, comida, abrigo) gerou um risco oito vezes maior de infecção pelo HIV.

Quanto ao aparato social para adquirir informações acerca de DST/aids, a Tabela 6 apresenta os dados da amostra de 174 mulheres de acordo com a rede social em seu entorno.

Tabela 6: Distribuição da amostra conforme informações sobre DST/aids oriundos da família, parceiro, amigos, escola e serviços de saúde. Fortaleza – CE, 2013.

Variáveis	Grupo caso		Grupo controle		RC	IC95%	p
	n	%	n	%			
Informações com os pais							
Não	79	94,0	63	70,0	6,7	(2,4-18,6)	<0,001
Sim	05	6,0	27	30,0	1,0		
Informações com os irmãos							
Não	75	89,3	78	86,7	1,3	(0,5-3,2)	0,6
Sim	09	10,7	12	13,3	1,0		
Informações com o parceiro							
Não	74	88,1	60	66,7	3,7	(1,6-8,1)	0,001
Sim	10	11,9	30	33,3	1,0		
Informações com amigos							
Não	57	67,9	47	52,2	2,0	(1,0-3,5)	0,03
Sim	27	32,1	43	47,8	1,0		
Informações na escola							
Não	30	35,7	28	31,1	1,2	(0,6-2,3)	0,5
Sim	54	64,3	62	68,9	1,0		
Informações nos serviços de saúde							
Não	23	27,4	13	14,4	2,2	(1,0-4,7)	0,03
Sim	61	72,6	77	85,6	1,0		
Total	84	100,0	90	100,0			

Observou-se que no grupo caso, a maioria da amostra não obteve informações sobre DST/aids com os pais (79; 94%), nem com irmãos (75; 89,3%), nem com o parceiro (74; 88,1%) ou com amigos (57; 67,9%). Já a escola e os serviços de saúde foram referidos como aparatos que difundem informações sobre DST/aids para 64,3% (54) e 72,6% (61) das mulheres do grupo caso, respectivamente.

A maioria do grupo controle também não obteve informações com pais (63; 70,0%), irmãos (78; 86,7%), parceiro (60; 66,7%) ou amigos (47; 52,2%). A escola e os serviços de saúde também foram mais citados como difusores de informações por 68,9% (62) e 85,6% (77).

Quando as variáveis foram comparadas entre os grupos, para as mulheres que não tiveram rede de apoio dos serviços de saúde e do grupo social de amigos apresentaram razão de chance duas vezes maior de contrair o vírus HIV. Para aquelas que não tiveram suporte do parceiro e dos pais para informações sobre DST/aids apresentaram uma razão de chance três vezes e seis vezes maior, respectivamente, de se infectar pelo HIV. Tais variáveis se apresentaram estatisticamente significantes ($p < 0,05$) para infecção feminina por DST/aids.

5.4 Fatores associados ao risco e Vulnerabilidade: dimensão programática

A Tabela 7 a seguir apresenta os dados obtidos pela amostra de 174 mulheres sobre os serviços e a rede de saúde, bem como o acesso e a qualidade desses que são aspectos considerados pela vulnerabilidade programática.

Tabela 7: Distribuição da amostra conforme localização dos serviços de saúde, acesso, atendimento e ações de educação em saúde. Fortaleza – CE, 2013.

Variáveis	Grupo caso		Grupo controle		RC	IC95%	p
	n	%	n	%			
Hospital próximo à residência							
Não	30	35,7	25	27,8	1,4	(0,7-2,7)	0,2
Sim	54	64,3	65	72,2	1,0		
Unidade Básica de Saúde (UBS) próximo à residência*							
Não	07	8,4	05	5,6	1,5	(0,4-5,0)	0,4
Sim	76	91,6	84	94,4	1,0		
Acesso aos serviços de saúde*							
Inadequado (regular/ruim/péssimo)	57	68,6	63	70,0	0,9	(0,5-1,8)	0,8
Adequado (bom/muito bom)	26	31,4	27	30,0	1,0		
Atendimento dos serviços de saúde*							
Inadequado (regular/ruim/péssimo)	19	22,9	22	24,4	0,9	(0,4-1,8)	0,8
Adequado (bom/muito bom)	64	77,1	68	75,6	1,0		
Orientação sobre DST/aids nos serviços de saúde*							
Não	56	66,7	25	28,1	5,1	(2,6-9,7)	<0,001
Sim	28	33,3	64	71,9	1,0		
Orientação sobre preservativo nos serviços de saúde*							
Não	40	47,6	29	32,6	1,8	(1,0-3,4)	0,04
Sim	44	52,4	60	67,4	1,0		
Frequência da prevenção ginecológica*							
Frequência inadequada (três anos ou mais)	32	38,1	25	28,1	1,6	(0,8-3,0)	0,16
Frequência adequada (6/6 meses ou ano/ano)	52	61,9	64	71,9	1,0		
Orientação sobre DST/aids na consulta de prevenção ginecológica*							
Não	51	60,7	32	36,8	2,7	(1,4-4,9)	0,002
Sim	33	39,3	55	63,2	1,0		
Total	84	100,0	87	100,0			

*Variáveis que tiveram dados perdidos

Observou-se que a maioria das mulheres do grupo caso referiu que havia unidades básicas de saúde (76; 91,6%) e hospital (54; 64,3%) próximo às suas residências. No grupo controle, a maioria também referiu UBS (84; 94,4%) e hospital (75; 72,2%) próximos de casa, o que mostra uma boa cobertura dos principais serviços de saúde para essa população, o que caracteriza serviços básicos da rede de saúde.

Ambos os grupos descreveram o acesso aos serviços de saúde como inadequado, ou seja, consideraram notas regular, ruim ou péssimo. Porém, o atendimento nos serviços de saúde foi considerado adequado, ou seja, foram atribuídas conceitos bom

ou muito bom. O acesso foi considerado inadequado por 68,6% (57) e 70,0% (63), enquanto o atendimento foi descrito como adequado por 77,1% (64) e 75,6% (68) no grupo caso e grupo controle, respectivamente. Ao avaliar o acesso e o atendimento pelas notas referidas, ambos foram considerados regulares por 39,7% (69) e 36,2% (63) pelas mulheres.

Observou-se que a maioria, tanto no grupo caso (52; 61,9%) quanto no grupo controle (64; 71,9%), apresentou uma frequência adequada para a realização da prevenção ginecológica, a qual está sendo referida tanto para prevenir o câncer de colo de útero como identificar possíveis DST. Porém, ao serem questionadas sobre as orientações dadas sobre DST/aids durante a consulta ginecológica, 60,7% (51) das mulheres do grupo caso não tinham recebido informações sobre essas doenças, enquanto que 63,2% (55) das mulheres no grupo controle afirmaram ter tido informações sobre DST/aids na consulta ginecológica.

Ao questioná-las sobre as orientações (educação em saúde) fornecidas nos serviços de saúde sobre DST/aids e uso do preservativo, 66,7% (56) das mulheres no grupo caso não haviam recebido informações sobre DST/aids nos serviços de saúde que frequentaram, porém 71,9% (64) do grupo controle responderam ter tido essas informações. Já, 52,4% (44) e 67,4% (60) responderam ter tido orientações quanto ao uso do preservativo nos serviços de saúde, considerando respectivamente grupo caso e grupo controle.

Dentre as variáveis envolvendo os serviços de saúde, aquelas que se mostraram estatisticamente significantes ($p < 0,05$) são as que estão relacionadas à educação em saúde como orientações sobre DST/aids, orientações sobre uso do preservativo e orientações sobre DST/aids durante a consulta de prevenção ginecológica.

Não ter recebido orientações nos serviços de saúde sobre DST/aids aumenta cinco vezes a razão de chance de contrair HIV. Aquelas mulheres que não receberam orientações nos serviços de saúde sobre como usar o preservativo apresentaram uma razão de chance de aproximadamente duas vezes maior de se infectar pelo vírus. Já aquelas que não receberam orientações sobre DST/aids durante a consulta de prevenção ginecológica tiveram uma razão de chance de aproximadamente três vezes maior de infecção pelo HIV.

Por fim, realizou-se regressão logística entre as variáveis consideradas nas Tabelas 2, 5 e 7 de maneira a encontrar a interrelação entre elas e quais variáveis permaneceram estatisticamente significativas e potencializadoras da vulnerabilidade feminina às DST/aids. A Tabela 8 a seguir apresenta os valores encontrados na regressão logística.

Tabela 8: Variáveis que apresentaram significância para risco e vulnerabilidade feminina às DST/aids após regressão logística. Fortaleza – CE, 2013.

Variáveis	Grupo caso		Grupo controle		RC _b	RC _a	IC95% _a	p _a
	n	%	n	%				
Anos de estudo								
0-7 anos	37	44,6	17	21,0	3,0	2,2	(0,7-6,5)	0,15
Acima de 7 anos	46	55,4	64	79,0	1,0	1,0		
Renda familiar								
Até mil reais	57	72,2	41	51,2	2,5	4,0	(1,4-11,5)	0,009
Acima de mil reais	22	27,8	39	48,8	1,0	1,0		
Conhecer a camisinha feminina								
Não	57	67,9	43	47,8	2,2	5,5	(1,8-16,4)	0,002
Sim	27	32,1	47	52,2	1,0	1,0		
Uso de bebida alcoólica								
Sim	38	45,8	09	10,0	7,6	16,7	(4,7-59,2)	<0,001
Não	45	54,2	81	90,0	1,0	1,0		
Diálogo com parceiro sobre sexo								
Não	65	77,4	40	44,4	4,3	6,1	(2,1-17,4)	0,001
Sim	19	22,6	50	55,6	1,0	1,0		
Orientação sobre DST/aids nos serviços de saúde*								
Não	56	66,7	25	28,1	5,1	4,8	(1,7-13,0)	0,002
Sim	28	33,3	64	71,9	1,0	1,0		
Total	84	100,0	89	100,0				

RC_b – Razão de Chance bruta

RC_a – Razão de Chance ajustada

IC95%_a – Intervalo de Confiança 95% ajustado

p_a – valor de p ajustado

Constatou-se que, após regressão logística, algumas variáveis prevaleceram como principais fatores associados ao risco às DST/aids e que interferem consideravelmente na vulnerabilidade feminina a essas doenças.

Aquelas mulheres que apresentaram baixa escolaridade e baixa renda tiveram uma chance duas e quatro vezes maior, respectivamente de contrair o HIV. A falta de conhecimento sobre a camisinha feminina pode aumentar em cinco vezes a chance de se infectar pelo vírus. O uso de bebida alcoólica, para aquelas mulheres que fazem uso contínuo, acarretou um aumento da chance de se contaminar em dezesseis vezes. Para as mulheres que declaram não manter ou manter raramente diálogo com o parceiro sobre sexo, tiveram uma chance seis vezes maior de adquirir o HIV. E por último, as mulheres que não receberam orientações sobre DST/aids nos serviços de saúde que freqüentaram tiveram aproximadamente cinco vezes mais chance de infecção pelo HIV.

Pode-se constatar que variáveis como renda familiar, déficit no conhecimento sobre a camisinha feminina, uso de álcool e falta de diálogo sobre sexo com o parceiro tiveram aumento considerável nas suas razões de chance quando realizada regressão logística. Enquanto que variáveis como anos de estudo e orientações sobre DST/aids nos serviços de saúde tiveram um decréscimo nas razões de chance calculadas.

5.5 Marcadores de vulnerabilidade: caracterização dos fatores associados ao risco para DST/aids

O Quadro 2, a seguir, apresenta a classificação das variáveis encontradas que aumentaram a chance de infecção por DST/aids entre mulheres em idade fértil. Essas variáveis foram classificadas de acordo com os marcadores de vulnerabilidade sugeridos por Takahashi (2006).

Quadro 3: Distribuição das variáveis que aumentam a chance de infecção por DST/aids conforme os marcadores de vulnerabilidade descritos por Takahashi (2006). Fortaleza-CE, 2013

Dimensões da vulnerabilidade	Marcadores de Vulnerabilidade (TAKAHASHI, 2006)	Variáveis encontradas
Dimensão individual	<p>Conhecimentos e significados da Aids;</p> <p>Características pessoais e relacionais;</p> <p>Recursos disponíveis (pessoais e experiências que interferem no enfrentamento);</p> <p>Modo de enfrentamento (práticas e comportamentos);</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Baixa escolaridade • Baixa renda • Desemprego • Idade precoce da sexarca; • Não uso do preservativo na primeira relação sexual; • Frequência inconsistente do preservativo; • Iniciativa inconsistente para o uso do preservativo; • Uso inconsistente do preservativo quando havia confiança no parceiro; • Não conhecer a camisinha feminina; • Uso contínuo de bebida alcoólica; • Uso de drogas; • Sintomas como ferida vaginal e anal • Não percepção do risco
Dimensão social	<p>Condições de organizações sociais governamentais e não-governamentais relacionadas à aids;</p> <p>Relações de gênero;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Déficit de informações sobre DST/aids de grupo sociais como família, parceiro e amigos, bem como dos serviços de saúde; • Relações sexuais por benefícios; • Violência por parte do parceiro; • Parceiro etilista, usuário de drogas ou ex-presidiário; • Não ter diálogo sobre sexo com o parceiro;
Dimensão programática	<p>Estrutura e dinâmica de organização do serviço de saúde;</p> <p>Operacionalização das ações</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade no acesso aos serviços de saúde; • Déficit nas ações de orientação sobre DST/aids e uso do preservativo nos serviços de saúde

6 DISCUSSÃO

Fatores que aumentam a chance ou a exposição de mulheres às DST/aids, bem como aspectos de vulnerabilidade nesse grupo devem ser sempre pensados de forma interrelacional e não isoladamente. Para questões de análise e compreensão do estudo, foi feita uma divisão didática.

6.1 Fatores associados ao risco e vulnerabilidades: dimensão individual

As variáveis individuais de vulnerabilidade encontradas no presente estudo foram a idade média precoce da primeira relação sexual, o não uso do preservativo na primeira relação sexual, frequência inconsistente do uso do preservativo nas relações sexuais, iniciativa inconsistente para o uso do *condom*, não conhecer a camisinha feminina, uso de álcool e drogas, apresentar sintomas de ferida vaginal ou anal e a não percepção de risco.

A idade precoce na primeira relação sexual é considerada um fator de maior exposição pelo fato de que a imaturidade está associada ao uso inconsistente do preservativo. No presente estudo, embora não tenha se mostrado estatisticamente significativa, a idade precoce da sexarca entre 9-15 anos aumenta a chance de contrair HIV. Vários estudos têm mostrado que a iniciação sexual precoce é um fator relevante no contexto da vulnerabilidade às DST/aids, e está diretamente correlacionada com a infecção pelo HIV (GOMÉZ et al, 2008; BASSOLS et al, 2010; WAND, RAMJEE, 2012)

Estudo com 3.822 mulheres de treze municípios brasileiros mostrou que houve associação quando se comparou a idade da primeira relação sexual entre o grupo de mulheres soropositivas e mulheres soronegativas. No primeiro grupo, a idade da primeira relação sexual foi antes dos 16 anos de idade para 34,8% contra 23,4% no segundo grupo, relacionando significativamente a infectividade pelo HIV à idade de iniciação precoce menor do que 15 anos (SANTOS et al, 2009; WAND, RAMJEE, 2012).

Outra pesquisa com 1.543 mulheres com idade entre 15-49 anos encontrou que a idade do início da vida sexual menor do que 18 anos se mostrou como comportamento de risco em 47% da amostra. (SILVEIRA et al, 2002). Bem como, em pesquisa com 299 mulheres com mesma faixa etária em que se encontrou uma média da primeira relação sexual de 17,3 anos. (BARCELOS et al, 2008).

Quando se avaliou um grupo de 792 mulheres jovens de faixa etária menor, entre 18-24 anos, a média de idade da primeira relação sexual diminuiu para 15 anos. (HUGO et al, 2011). Assim como em pesquisa com 984 mulheres jovens, cuja média de idade para iniciação sexual foi de 15,6 anos. (RIBEIRO, SILVA, SALDANHA, 2011). Ou seja, pesquisas mostraram que as mulheres estão iniciando a vida sexual mais cedo com média de idade variando entre 15-18 anos.

A iniciação sexual precoce ainda pode estar associada a diversos outros fatores como nível socioeconômico baixo, baixa escolaridade e ainda a multiplicidade de parceiros (CRUZEIRO et al, 2010). Pesquisa mostrou que jovens com menos do que 12 anos de estudo tiveram um risco acrescido de 41% para iniciação sexual precoce (HUGO et al, 2011). Percebe-se que há um envolvimento de perspectivas multidimensionais que levam à vulnerabilidade e colocam as mulheres em situações de risco para DST/aids. Assim, a prevalência da iniciação sexual deve ser explicada também por questões culturais e socioeconômicas que permeiam o universo feminino.

A primeira relação sexual entre as mulheres geralmente é bastante esperada, já que entre elas é necessário haver sentimento, como amor e carinho pelo parceiro. Sentimentos que são priorizados pelas mulheres para acontecer o ato sexual. (HUGO et al, 2011). Assim, muitas vezes, a mulher pode estar numa situação de vulnerabilidade determinante na primeira relação sexual do uso ou não do preservativo para prevenção de DST/aids.

Como apontado na presente pesquisa, o não uso do preservativo na primeira relação sexual foi considerado como um fator que aumenta duas vezes a chance de contrair DST/aids. Mulheres com diagnóstico positivo para HIV tiveram um menor proporção no uso do preservativo na primeira relação sexual.

Pesquisa com 984 mulheres jovens encontrou que 39% não haviam usado preservativo na primeira relação sexual, e essa porcentagem aumentou quando se referiu à última relação sexual na qual 43% não fizeram uso do preservativo (RIBEIRO, SILVA, SALDANHA, 2011). Em estudo com 691 mulheres com diagnóstico positivo para HIV, 65,5% delas não usaram nenhum método contraceptivo na primeira relação sexual. Quando relacionado o uso da camisinha na primeira relação sexual com a faixa etária da mulher, percebeu-se que o *condom* foi mais utilizado na faixa etária entre 18-25 anos do que entre aquelas com mais de 25 anos (TEIXEIRA et al, 2013).

Além do não uso da camisinha na primeira relação sexual, percebe-se no presente estudo que houve uma frequência inconsistente do uso do preservativo, ou seja,

“nunca usar” ou “usar às vezes” o *condom* citado por ambos os grupos, elevando em quase duas vezes a chance de se contaminar pelo HIV. Ou seja, as mulheres tendem a descartar o uso do preservativo ou usá-lo de forma inconsistente.

Estudo com 984 mulheres jovens revelou que 54% delas usavam “algumas vezes” o *condom* nas relações sexuais. (RIBEIRO, SILVA, SALDANHA, 2011). Assim como estudo com 218 mulheres entre as quais houve um percentual de 64,2% que “nunca” usam preservativo e percentual de 21,6% de que usam “às vezes” o preservativo, revelando baixa frequência do uso do *condom*. Além disso, houve correlação entre o uso inconsistente desse método e ter relacionamento estável (JIMÉNEZ, RIVAS, GARCÍA, 2009).

Nessa mesma perspectiva, tem-se pesquisa de Fernandes et al (2000) com 291 mulheres entre 13-49 anos na qual 92,4% delas não usavam o preservativo de forma consistente, ou seja, relataram “não usar” ou “usar de vez em quando o preservativo”. Pesquisa de Cruzeiro et al (2010) com 219 mulheres mostrou que houve um risco aumentado em 21% de usar preservativos ocasionalmente nas últimas três relações.

Em pesquisa com 3492 mulheres sexualmente ativas em Durban, a prevalência do uso corrente do preservativo variou entre 42-47%, dependendo da faixa etária considerada (WAND, RAMJEE, 2012). Estudo com 601 participantes soropositivos, sendo 331 mulheres, mostrou que a falta da autoeficácia do uso do preservativo foi significativamente associado ao comportamento sexual de risco, levando a uma chance três vezes maior de exposição às DST/aids (OR= 3,29) (DESSIE et al, 2011). Pesquisa com 1405 moradores de rua maiores de 18 anos detectou associação significativa entre ser mulher e nunca usar o preservativo, com uma chance duas vezes (OR= 2,5) maior de exposição às DST/aids (GRANGEIRO et al, 2012).

Outro estudo com sete mulheres soropositivas encontrou, que antes do diagnóstico, o preservativo não era usado ou era usado de modo inconsistente por estarem em um relacionamento estável e terem a ilusão de estarem protegidas de DST/aids. (MALISKA, SOUSA, SILVA, 2007). A utilização ou não do preservativo está associado à faixa etária da mulher e também ao tipo de relacionamento com o parceiro, se é parceria estável ou casual (SILVEIRA et al, 2005).

O uso inconsistente do preservativo masculino é um fator que expõem consideravelmente as mulheres às DST/aids já que é o preservativo a maneira mais eficaz de se prevenir contra tais doenças, pois os maiores índices de transmissão são por via sexual. Porém, há o preservativo feminino o qual deve ser conhecido pelas mulheres para

aumentar a autonomia delas durante as negociações do uso do preservativo com o parceiro, bem como aumentar sua intenção de se responsabilizar sobre sua saúde.

A camisinha feminina ainda não é muito divulgada nem conhecida pelas mulheres. O presente estudo encontrou que 67,9% de mulheres soropositivas não conheciam a camisinha feminina antes de se infectarem. E, quando comparado ao grupo controle, o fato de não conhecer a camisinha feminina levou a chance duas vezes maior de contrair o HIV.

Embora estudo com 953 mulheres na faixa etária de 12-19 anos ter mostrado que elas estão bem informadas sobre a camisinha feminina e seu uso (MARTINS et al 2006), levando em consideração a idade e o período da pesquisa, Trindade e Shiavo (2001) avaliou 300 mulheres entre 15-44 anos e encontrou que 241 (80%) conheciam a camisinha feminina, 58 (19%) não conheciam e apenas uma fazia uso da camisinha feminina. Percebe-se que, embora conhecessem o preservativo, não faziam uso efetivo. Somando-se a isso, o método ainda é ausente ou escasso nas unidades de saúde, em geral, e enfermeiros e médicos estão pouco preparados para promover o uso e a segura adesão da camisinha feminina (FERNANDES et al, 2012).

Pesquisa com 35 mulheres revelou que 48,6% tinham conhecimento moderado sobre o preservativo, 34,3% tinham atitude inadequada e 97,1% tinham prática inadequada em relação ao uso do preservativo feminino. Após intervenção educativa, percebeu-se crescimento significativo quanto ao conhecimento das mulheres sobre o preservativo feminino, com intenção de continuidade do uso desse método em 35,3% das participantes (FERNANDES et al, 2012).

Pesquisa com 111 mulheres acima de 18 anos e soropositivas mostrou que 18 (16,2%), foram consideradas aderentes, 15 (13,51%), foram consideradas parcialmente aderentes e 78 (70,27%) não aderentes. Considerou-se adesão aceitável aquela em que a mulher retirou o preservativo 80% ou mais, das vezes previstas; uma adesão parcial, aquela em que a mulher voltou ao serviço para buscar o preservativo entre 50-80% das vezes previstas e uma adesão não aceitável, aquela em que a mulher retirou menos de 50% das vezes previstas (PREUSSLER, MICHELETTI, PEDRO, 2003).

A utilização do preservativo e o nível de exposição para adquirir uma DST/aids podem sofrer influência pelo uso de álcool e outras drogas pela própria mulher. O uso de álcool e outras drogas aumentam a vulnerabilidade ao HIV largamente por está associado ao risco sexual. O álcool e outras drogas levam à desinibição e ao julgamento afetado o que

pode resultar em uso inconsistente do preservativo e outros comportamentos de risco (MYERS et al, 2013).

Em pesquisa com 720 mulheres houve uma associação significativa no uso de álcool e outras drogas e não uso do preservativo, já que 38,3% delas declararam ter usado álcool e outras drogas, culminando em relação sexual desprotegida (MYERS et al, 2013). Outras pesquisas concluíram que ter relação sexual ao ter feito uso de álcool e outras drogas foi estatisticamente significativa como fator de risco de contrair HIV (MEDITZ et al, 2011; BAIDOOBONSO et al 2013).

O uso de álcool e outras drogas continua a ser um fator importante que contribui para propagação do HIV por causa das fortes associações encontradas entre o uso dessas substâncias e o comportamento sexual de risco. O uso de álcool e outras drogas acarreta desinibição e julgamento prejudicado que pode resultar em uso inconsistente do preservativo e outras exposições. Além disso, pode levar as mulheres a participar de práticas sexuais inseguras, como negociação de sexo em troca de dinheiro ou dinheiro para comprar bebidas e drogas (WECHSBERG et al, 2012; MYERS et al, 2013).

Estudo com mulheres mais jovens, entre 12-20 anos de idade, mostrou que 63,1% e 70,7% do grupo com diagnóstico positivo para HIV e do grupo com diagnóstico negativo para HIV, respectivamente, fizeram uso de álcool nos trinta dias anteriores à pesquisa, mostrando alta prevalência do consumo de álcool entre as mulheres (BASSOLS et al, 2010). Já em pesquisa de Miranda et al (2009) com 209 mulheres foi encontrada uma prevalência de 24,4 % de abuso de álcool, apresentando correlação como fator de risco para DST/aids.

Pesquisa em Zâmbia com 360 mulheres apresentou uma chance dezessete vezes maior de contrair HIV entre aquelas que faziam uso freqüente de bebida alcoólica, considerou-se freqüência alta o uso de álcool de 6-10 dias no último mês (SINGH et al, 2011). No mesmo foco, tem-se pesquisa com 608 participantes, na qual se encontrou uma falha no uso do preservativo em cinco vezes mais provável quando alguém, seja homem ou mulher, havia bebido antes do encontro (OR, 5,19, 95% CI, 2,05-15,46) e foi especialmente provável de ocorrer se apenas a mulher tivesse bebido antes do sexo (OR, 14,05, IC 95%, 4,03-50,41) (FISHER, COOK, KAPIGA, 2010). O uso moderado ou severo de álcool entre mulheres heterossexuais foi significativamente associado à relação sexual desprotegida, elevando o risco às DST/aids em aproximadamente duas vezes (OR=1,5) em pesquisa com 1.934 mulheres (HASSE et al, 2013).

Do mesmo modo, pesquisa de Wechsberg et al (2012) com 720 mulheres encontrou que houve correlação na prevalência de sorologia positiva para o HIV entre aquelas que reportaram o uso de álcool e maconha para 31,8% delas. O uso do álcool também é uma forma de suprimir o medo da negociação do uso do preservativo com o parceiro e expor as mulheres às DST/aids. Pesquisa com 1333 mulheres encontrou associação entre reportar medo de negociação do uso do preservativo com o parceiro e fazer uso mais freqüente de álcool, com razão de chance de 1,2 (PITPITAN et al, 2012).

Embora a transmissão das DST/aids esteja associada principalmente à relação heterossexual desprotegida, o uso de álcool e outras drogas são fatores que condicionam comportamentos de risco e elevam a transmissão dessas doenças, com atenção para o uso de drogas injetáveis as quais, muitas vezes, são utilizadas compartilhando agulhas. O uso corrente de múltiplas substâncias está associado com práticas sexuais de risco e alto índice de infecção pelo HIV (WECHSBERG et al, 2012).

Pesquisa com 258 adolescentes entre 12-20 anos de idade mostrou que aquelas com HIV usaram significativamente mais drogas ilícitas do que as que não tinham HIV, apresentando alto risco quando avaliado o uso de anfetamina (OR= 9,2), inalantes (OR= 8,7), cocaína (OR= 5,3) e maconha (OR=4,4) (BASSOLS et al, 2010). Do mesmo modo, pesquisa de Teixeira et al (2013) com 691 mulheres entre 18-49 anos encontrou associação estatisticamente significante entre ter o diagnóstico positivo para HIV e uso de drogas ilícitas, principalmente no grupo de faixa etária entre 18-34 anos. Pesquisa de Wu et al (2010) também encontrou associação entre uso de drogas e infectar-se pelo HIV ao avaliar 679 homens e 61 mulheres na faixa etária de 17-30 anos.

Já estudo com 290 mulheres detentas encontrou uma alta prevalência de infecção pelo HIV de 13,9% e que 69% delas referiram fazer uso de alguma droga ilícita. Assim, houve uma chance quatro vezes maior (OR=4,2) de infecção para o HIV entre aquelas que faziam uso de drogas injetáveis e duas vezes maior (OR=2,5) para as que faziam uso de outros tipos de drogas (STRAZZA et al, 2007). Assim como foi encontrado em pesquisa de Medhi et al (2012) com 426 profissionais do sexo, na qual o uso de drogas se apresentou como um potente fator de risco para infecção pelo HIV (OR=3,17).

Pesquisa de Wechsberg et al (2012) que apontou alta freqüência de sexo desprotegido entre mulheres que faziam uso de drogas ilícitas pesadas (80,7%) ou uso de polidrogas (81,4%). Outro estudo com 1934 mulheres entre 16-60 anos encontrou uma chance sete vezes maior (OR=7,6) de relações sexuais desprotegidas quando faziam uso de drogas ilícitas, aumentando a exposição às DST/aids (HASSE et al, 2013), assim

também em pesquisa de Grangeiro et al (2012) com 1405 moradores de rua, sendo 210 mulheres, houve associação entre ter experimentado drogas e não fazer uso do preservativo, aumentando em aproximadamente duas vezes (OR= 1,9) a chance de contrair DST/aids.

Ainda, estudo de caso-controle em que se avaliaram 102 mortes por aids e 3302 pessoas vivendo com aids encontrou que o uso de drogas injetáveis está associado à morte por aids, apresentando uma chance duas vezes maior (OR= 2,13) de mortalidade (LOPES, SILVA, 2012).

Quanto à relação de outras DST com a infecção pelo HIV, com o advento da epidemia de aids, o controle da transmissão de outras DST tornou-se prioridade, demonstrando que a prevenção e controle dessas doenças representam a única oportunidade para melhorar a saúde sexual e reprodutiva das mulheres (MIRANDA et al, 2012).

Analisando, assim, a presença de sintomas de outras DST, como ferida genital e anal, pode-se observar no presente estudo que tal fator se apresentou como risco para adquirir o HIV. Assim, mulheres que tiveram história de ferida vaginal ou anal depararam-se com uma chance em duas e oito vezes maior, respectivamente, para contrair o vírus.

As DST são doenças que apresentam ainda alta prevalência entre mulheres e predisõem à infecção pelo vírus HIV. Pesquisa com 300 mulheres detectou uma prevalência de 19% para herpes genital, 8% para tricomoníase, 4% para sífilis, 2% para HPV e 6% para HIV (TRINDADE, SHIAVO, 2001).

Embora estudo de Miranda et al (2012) com 276 mulheres não tenha mostrado relação entre apresentar história de DST e ter sido infectada pelo HIV, já que a presença de sintomas foi similar entre o grupo de mulheres soropositivas e soronegativas, outra pesquisa com 113 mulheres encontrou associação significativa de que ter história anterior de DST é um fator de risco e exposição ao HIV (BAIDOOBONSO et al, 2013). Assim como pesquisa feita com 679 homens e 61 mulheres entre 17-30 anos, na qual houve associação significativa entre ter sífilis e se infectar pelo HIV (WU et al, 2010).

Apresentar sintomas de infecções genitais foi inferido estatisticamente como um fator de risco para infecção por HIV, quando avaliadas 332 mulheres soropositivas, as quais tiveram uma chance aproximadamente duas vezes (OR=1,4) maior de infecção pelo vírus se sintomas de DST (ZANGO et al, 2013). Nesse mesmo contexto, pesquisa de Kim et al (2008) com dados de 1577 mulheres detectou que ter tido história de clamídia, história de

gonorréia e história de sífilis aumentou em aproximadamente duas (OR=1,8), três (OR=2,4) e cinco vezes (OR= 4,7) a chance de contrair HIV, respectivamente. Estudo de Grangeiro et al (2012) também identificou que a prevalência do HIV estava associada à história de DST e à presença de sífilis ativa, com chance de três (OR= 3,3) e duas vezes (OR= 2,4) maior, respectivamente, para infecção pelo vírus.

Diversos fatores tem se apresentado como situações de vulnerabilidade entre mulheres em idade fértil. As mulheres ainda não estão conscientes dos riscos a que estão expostas nas relações sexuais, dessa maneira, o fato de adquirir o HIV está distante da vida dessas mulheres, fazendo com que elas assumam um comportamento despreocupado ou de não percepção frente ao risco e à prevenção de DST/aids (TRINDADE, SHIAVO, 2001).

No presente estudo com 174 mulheres, dentre aquelas que tinham diagnóstico positivo para HIV, 66,7% acreditavam ser impossível se infectar pelo HIV, enquanto no grupo sem o diagnóstico, 22,2% acreditavam ser impossível se infectar pelo vírus. Assim, houve correlação entre não se perceber em risco e adquirir o HIV.

Em pesquisa com 300 mulheres, quando indagadas sobre os riscos de se infectar pelo HIV, 41% acreditavam que os riscos eram pequenos, 26% não souberam responder, 17% achavam que não existiam riscos e apenas 9% disseram que os riscos eram grandes e 7% disseram não se preocupar com isso (TRINDADE, SHIAVO, 2001). Assim como estudo com 279 mulheres das quais 53,4% disseram não apresentar nenhum risco para infecção pelo HIV (JIMÉNEZ, RIVAS, GARCÍA, 2009).

Em estudo com 1543 mulheres com vida sexual ativa, entre 15-49 anos, 64% delas acreditavam ser impossível ou quase impossível contrair uma DST ou HIV (SILVEIRA et al, 2002). Ao realizar estudo com 290 mulheres detentas, a chance de infectar-se pelo HIV variou de ausência ou pequeno risco em 52% e moderado a alto risco em 48% delas, sendo que 22% daquelas que apresentaram diagnóstico positivo para o HIV, avaliaram-se como tendo ausência de risco de contrair o vírus (STRAZZA et al, 2007).

A não percepção de risco pelas mulheres é agravante para sua situação de vulnerabilidade, já que elas passam a conceber as DST/aids como doenças que acometem outras pessoas, as quais geralmente são identificadas como promíscuas, com comportamentos desviados e vida desregrada. Ou seja, muitas mulheres não conseguem apreender os aspectos que podem torná-las vulneráveis às DST/aids (SILVA, VARGENS, 2009).

6.2 Fatores associados ao risco e vulnerabilidades: dimensão social

O paradigma da vulnerabilidade aparece com intuito de esclarecer a complexidade da epidemia de DST/aids entre mulheres. Segundo esse paradigma, há que se considerar a vulnerabilidade feminina a partir das suas diferenças biológicas, autonomia sexual reduzida e poder e privilégio sexual dos homens. Tanto a suscetibilidade biológica quanto a dinâmica de poderes de gênero são desvantagens no universo feminino (HIGGS, HOFFMAN, DWORKIN, 2010).

No início da epidemia de aids, os casos entre mulheres eram mais restritos às profissionais do sexo. Atualmente, o perfil abrange mulheres em desvantagens sociais, monogâmicas e cujos parceiros apresentam comportamentos de exposição. Além disso, relações baseadas em iniquidades de gênero e poder, que podem culminar com violência, têm sido associadas à redução da autonomia sexual e aumento da vulnerabilidade ao HIV. Mulheres que estão vivenciando situações de desigualdades de gênero e poder podem ter dificuldades em usar o preservativo (HIGGS, HOFFMAN, DWORKIN, 2010).

Assim, vários determinantes sociais de saúde podem afetar as chances de adquirir DST/aids por meio de influências comportamentais e acesso à saúde e prevenção limitados. No presente estudo, foram encontrados alguns fatores que aumentaram a chance de contrair o HIV e os mesmos foram classificados como marcadores de vulnerabilidade social, como: escolaridade, baixa renda, déficit de informações sobre DST/aids de grupo sociais como família, parceiro e amigos, bem como dos serviços de saúde; relações sexuais por benefícios; violência por parte do parceiro; parceiro etilista, usuário de drogas ou ex-presidiário; não ter diálogo sobre sexo com o parceiro.

Em relação à escolaridade, aquelas mulheres que apresentaram entre 0-7 anos de estudo tiveram uma chance três vezes (OR= 3,0) maior de se infectar pelo HIV. O número de infectados pelo HIV tem aumentado no Brasil, principalmente entre mulheres jovens de baixa renda e escolaridade (FERNANDES et al, 2000).

Em pesquisa com 2045 mulheres sem o diagnóstico de HIV e 1777 mulheres vivendo com HIV, englobando as cinco regiões brasileiras, mostrou correlação estatisticamente significativa entre baixa escolaridade e contrair o vírus (SANTOS et al, 2009). Assim como estudo com 873 parturientes no município de São Paulo também detectou que a escolaridade entre aquelas com diagnóstico reagente para HIV foi significativamente menor ($p < 0,002$) em relação as com diagnóstico não reagente (ALVES et al, 2009).

Na mesma perspectiva, estudo com 1018 mulheres entre 18-35 anos, sendo 332 soropositivas, encontrou que aquelas com baixa escolaridade tinham uma chance aproximadamente duas vezes ($OR=1,5$ e $p<0,001$) maior de adquirir o HIV (ZANGO et al, 2013). Mulheres adolescentes/jovens que têm apenas educação primária ou menos foram mais propensas ao sexo desprotegido, elevando três vezes ($OR=3,07$ e $p=0,03$) a chance de contrair DST/aids, como mostra pesquisa de Zhang et al (2013) com 201 mulheres.

Quanto à renda e à situação de emprego, no presente estudo ambas foram responsáveis por uma chance duas vezes maior de contrair o HIV entre mulheres. Em pesquisa com 359 mulheres foi encontrada uma chance três vezes maior ($OR=3,7$) de se infectar por DST/HIV entre aquelas que estavam desempregadas ou procurando emprego, ou seja, associação significativa entre baixa renda e infecção por DST/HIV (SINGH et al, 2011). As condições socioeconômicas estão associadas significativamente ao grau de conhecimento sobre DST/aids e, conseqüentemente, a adquirir tais doenças (THIN LAN et al, 2009).

Em estudo caso-controle foi encontrado associação de risco de morte por HIV entre aqueles que tinham baixa renda (até quinhentos reais) e baixa escolaridade (abaixo de oito anos de estudo) (LOPES, SILVA, 2012).

Muitas vezes a baixa renda e o baixo nível de escolaridade acabam submetendo a mulher a usar alternativas para conseguir dinheiro ou comida. No presente estudo foi encontrada uma associação significativa entre ter tido relações sexuais em troca de benefícios e se contaminar pelo HIV, aumentando a chance em oito vezes de contrair o vírus.

Estudo com 691 mulheres soropositivas também encontrou que ter relações sexuais em troca de dinheiro aumenta a exposição às DST/aids, principalmente entre as mulheres mais jovens de faixa etária entre 18-29 anos (TEIXEIRA et al, 2013), concordando com pesquisa de Bassols, Boni e Pechansky (2010) com 258 adolescentes mulheres que encontrou associação significativa entre a soropositividade e sexo em troca de dinheiro ($p=0,017$). Assim como em pesquisa com 2045 mulheres vivendo sem HIV e 1777 mulheres vivendo com HIV ao identificar que 15% das mulheres com HIV tiveram relações sexuais em troca de dinheiro ou drogas ($p<0,05$) (SANTOS et al, 2009).

Além disso, outras variáveis que acarretam aumento da vulnerabilidade social entre as mulheres são as questões de gênero e poder. Nas relações de casal, a conjugalidade heterossexual é estabelecida como normal, o que pressupõe um ideal de homem, um ideal de mulher, um ideal de relação, com papéis e lugares feminino e

masculino dados de antemão, de acordo com o que é socioculturalmente construído e aceito como normal. Aqui se revela a generificação das relações de poder, em referência ao processo social, histórico e cultural de construção do ser homem e do ser mulher, da masculinidade e da feminilidade. Assim falando, gênero focaliza as significações sociais e simbólicas relacionadas a um dever ser para homens e mulheres. As assimetrias nas relações homem mulher abrem o espaço ideal para o exercício do poder e, na conjugalidade heterossexual, nos provocam a considerar o jogo de poder no seio dessa relação, a qual geralmente se constitui sobre o pano de fundo das polaridades de gênero (MADUREIRA; TRENTINI, 2008).

As assimetrias nas relações entre os gêneros e a sexualidade masculina e feminina contribuem para dificultar a negociação das trocas estabelecidas entre o casal. Essas dificuldades se manifestam nas iniciativas de prevenção baseadas principalmente na noção de sexo mais seguro, o que implica o uso do preservativo masculino, muito mais controlado pelo homem do que pela mulher e cujo uso depende da cooperação mútua entre os parceiros. Em relacionamentos estáveis, falar de práticas sexuais seguras e do uso de preservativo pode ameaçar a confiança entre o casal, expondo a possibilidade de relações extraconjugais e questionando a fidelidade (MADUREIRA; TRENTINI, 2008).

Nesse sentido, pode-se observar que ter confiança no parceiro levou ao uso inconsistente do preservativo, elevando em quase três vezes a chance de contrair HIV. Em pesquisa com 276 mulheres em idade fértil, encontrou-se significância no percentual de mulheres com HIV que concordaram que pedir ao parceiro para usar preservativo mostra falta de confiança (MIRANDA et al, 2012). Assim, estar afetivamente envolvida, ter confiança, tempo de relacionamento, sentir medo de perder o parceiro, associados aos conceitos de fidelidade, estabilidade, parceiro fixo e monogamia, conferem a sensação de sexo seguro e resultam na decisão de não uso do preservativo (RIBEIRO, SILVA, SALDANHA, 2011).

As relações de poder e de gênero que existem no relacionamento homem-mulher são causas que colocam as mulheres em situações de vulnerabilidade para adquirir DST/aids. As mulheres quando confiam no parceiro geralmente não utilizam o preservativo de maneira eficaz, bem como não conseguem negociar o seu uso nem ter diálogo aberto com seus parceiros sobre sexo.

Embora estudo com 312 mulheres tenha demonstrado que 51% delas se sentem a vontade ao falar sobre sexo com seu parceiro, essa taxa diminui para 40% quando o assunto envolve suas necessidades na relação sexual e decresce para 29% ao falar sobre a

existência de outras companheiras sexuais. Além disso, 56,2% delas tinham baixo poder de decisão dentro da relação sexual (CANAVAL et al, 2005; COLLAZOS et al, 2005)

Na presente pesquisa, não ter diálogo sobre sexo com o parceiro indicou uma chance quatro vezes maior de se infectar pelo HIV. Pesquisa com 715 mulheres afro-americanas encontrou elevado risco para aquelas que percebiam ter baixo poder na relação (OR= 2,3), que não estavam aptas a recusar a relação sexual em situações de risco (OR= 2,0) e ter medo de negociar o uso do preservativo (OR= 1,5). Houve uma chance aproximadamente quatro vezes maior de DST/aids entre aquelas que mostraram ter menos poder de diálogo e decisão nos relacionamentos comparando com as que se achavam com mais poder nas relações a dois. (RAIFORD, SETH, DICLEMENTE, 2013).

A falta de discussão sobre a relação sexual entre os casais pode ser um fator de vulnerabilidade às DST/aids, principalmente no que se refere ao uso do preservativo. Pesquisa com 601 pacientes soropositivos, sendo 331 mulheres, identificou que a falta de discussão sobre o uso do condom se apresentou como fator de risco nas práticas sexuais, elevando em sete vezes a chance de contrair HIV (OR=7,2) (DESSI et al, 2011).

O baixo poder das mulheres nos relacionamentos pode acarretar uma posição de submissão ao parceiro, o que gera situações de violência doméstica. A violência doméstica é um fator de risco para o desenvolvimento de doenças físicas e psíquicas, incluindo infecções por DST/HIV (SHI, KOUYOUMDJIAN, DUSHOFF, 2013).

A violência doméstica, no presente estudo, aumentou em aproximadamente quatro vezes a chance das mulheres de se contaminar pelo HIV. Todo tipo de violência doméstica coloca as mulheres em situações de desvantagens em relação ao parceiro, tornando-as vulneráveis às vontades do companheiro, principalmente no que se refere à relação sexual.

A prevalência da violência doméstica foi de 52% em pesquisa com 276 mulheres na cidade de Vitória, as principais causas foram abuso de álcool pelo parceiro (42%), uso de drogas ilícitas (27%) e distúrbios psiquiátricos (25%) (MIRANDA et al, 2012). Em estudo brasileiro que estimou prevalências de violência por parceiro íntimo (VPI) psicológica, física e sexual entre mulheres de 15a 49 anos usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) da Grande São Paulo, foi observada prevalência de 70% de VPI (por qualquer tipo de violência) entre usuárias portadoras do HIV e aquelas que procuravam os serviços para testagem da infecção. Destas, 63% relataram violência psicológica, 52%, física e 28%, a sexual. Violências físicas e sexuais, geralmente superpostas, corresponderam em conjunto a 56% (SCHRAIBER et al, 2007).

Em estudo demográfico com 1.904 mulheres no Kênia houve associação significativa entre infecção pelo HIV e ter parceiro íntimo violento (SHI, KOUYOUUMDJIAN, DUSHOFF, 2013). Pesquisa com 2.780 mulheres entre 15-49 anos encontrou prevalência de violência foi de 59,8%. Sofrer violência reiterada e grave apresentou maior associação de infecção confirmada pelo HIV (OR = 1,91). A violência independente da gravidade e da recorrência dos episódios apresentou maior associação para a suspeita de infecção por HIV (OR = 1,29) (BARROS, SCHRAIBER, FRANÇA JÚNIOR, 2011).

Histórico de violência do tipo sexual alguma vez na vida foi significativamente maior para mulheres vivendo com HIV do que para mulheres não vivendo com HIV (22,1% contra 13,2%, respectivamente, $p < 0,05$), em pesquisa com 3822 mulheres em treze municípios brasileiros (SANTOS et al, 2009).

Há mecanismos possíveis que explicam a associação entre violência por parceiro íntimo e a infecção pelo HIV. O sexo por obrigação marital ou sem vontade e as formas mais explícitas de violência sexual (estupro, sexo forçado ou sexo por medo), por exemplo, acarretam maior vulnerabilidade à infecção por DST/aids, uma vez que, geralmente, ocorrem sem uso de preservativos e podem causar lesões genitais ou anais que favoreçam a infecção (SCHRAIBER et al, 2007).

Parceiros que fazem uso contínuo de bebida alcoólica, uso de drogas ou foram ex-presidiários podem aumentar significativamente a vulnerabilidade das mulheres às DST/aids. No presente estudo, aquelas mulheres que referiram ter tido relações sexuais com parceiro etilista, usuário de drogas ou ex-presidiário apresentaram uma chance cinco, três e duas maior, respectivamente, de contrair HIV.

Pesquisa com 2367 mulheres encontrou associação significativa entre ter parceiros casuais que fazem uso de bebida alcoólica e infectar-se por DST/aids, com risco implicado em duas vezes maior (OR=1,2, $p < 0,05$) (KALICHMAN et al, 2013). Pesquisa com 672 homens heterossexuais ativos afro-americanos encontrou significativas associações entre o uso de álcool e sexo vaginal desprotegido com parceiras casuais (OR = 1.7, 95% CI = 1.2–2.3), sexo anal desprotegido com parceiras casuais (OR = 2.3, 95% CI = 1.4–4.0), envolvimento com comércio sexual (OR = 2.1, 95% CI = 1.3–3.5), e recente diagnóstico de DST/HIV (OR = 1.9; 95% CI = 1.05–3.6) (RAJ et al, 2009). Em estudo com 68 homens afro-americanos, 70,6% faziam uso de álcool e 85% faziam uso de drogas antes de ter relação sexual, sendo que 70,6% deles tiveram relações heterossexuais desprotegidas (OPERARIO et al, 2011).

Tais situações colocam as parceiras fixas vulneráveis às DST/aids, já que muitas delas desconhecem o risco potencial de adquirir tais doenças associado ao uso da bebida alcoólica e atividades sexuais extramarital (VARMA et al, 2010).

Além disso, histórico de uso de drogas pelo parceiro tem sido associado com o risco de contaminação pelo HIV entre as mulheres. Pesquisa com 1543 mulheres detectou que 14% delas tinham parceiros etilistas ou usuários de drogas (SILVEIRA et al, 2002). Em pesquisa com 720 mulheres africanas, uma em cada duas mulheres referiu uso de álcool e outras drogas pelo parceiro na última relação sexual (MYERS et al, 2013). Em outra pesquisa com 290 mulheres detentas houve associação significativa para aquelas que tinham o diagnóstico de HIV e parceiro usuário de drogas, elevando a chance em três vezes de se infectar pelo vírus (OR=3,3) (STRAZZA et al, 2007).

Estudo com 601 participantes não usuários de drogas encontrou que ter parceiros usuários de drogas foi mais comum entre mulheres e estas tiveram alto nível de sexo desprotegido e uso de álcool e drogas. A prevalência de HIV (9,6%) foi maior entre aqueles que tiveram parceiros usuários de drogas. Houve associação significativa para os participantes que tinham parceiros usuários de drogas e infecção pelo HIV, com uma chance duas vezes maior de infecção pelo vírus (JENNESS et al, 2010).

Somando-se a isso, ainda há uma relação direta entre o uso de drogas pelo parceiro e o mesmo ter tido história de encarceramento. Estudo com 290 mulheres detentas detectou uma associação significativa entre ter tido parceiro ex-presidiário e infecção pelo HIV, aumentando em aproximadamente três vezes (OR=2,8) a chance de contrair o vírus.

Há uma diversidade na convivência das mulheres com o uso de drogas, seja pelo parceiro, seja de uso próprio. A invisibilidade do uso das drogas ilícitas na sociedade e nos serviços de saúde potencializa a vulnerabilidade das mulheres às DST/aids. O uso de drogas pelo parceiro não está, a princípio, associado à infecção pelo HIV na concepção das mulheres (D'OLIVEIRA, COUTO, CARDOSO, 2007). Embora a parceria sexual com usuários de drogas não seja a forma de transmissão majoritária entre as mulheres, a transmissão heterossexual vem aumentando. A parceria com usuários de drogas apresenta particularidades pouco conhecidas, que trazem desafios em termos de prevenção e cuidado, o que vai implicar, necessariamente, serviços e rede de saúde, bem como aparatos sociais articulados nesse sentido.

6.3 Fatores associados ao risco e vulnerabilidades: dimensão programática

Afora as questões individuais e sociais que permeiam a vulnerabilidade feminina, ainda deve-se considerar alguns entraves programáticos, ou seja, relacionados aos serviços de saúde, como acesso, atendimento, políticas públicas, ações educativas e logísticas que influenciam diretamente nessa vulnerabilidade. A dimensão programática da vulnerabilidade, por sua vez, é caracterizada pelos investimentos em ações e programas de informação e educação preventivas; pela existência de serviços sociais e de saúde de fácil acesso, com alta qualidade, democraticamente delineados, periodicamente retroalimentados e avaliados e pela adoção de mecanismos de não discriminação nas instituições (BRASIL, 2012).

Assim, o presente estudo encontrou que, para as 174 mulheres da pesquisa, o acesso aos serviços de saúde foi considerado inadequado, enquanto o atendimento, adequado. As variáveis mais preponderantes para aumentar a chance de infecção pelo HIV foram: a falta de orientação sobre DST/aids nos serviços de saúde, a falta de orientação sobre o uso do preservativo nos serviços de saúde e a falta de orientação sobre DST/aids na consulta de prevenção ginecológica, implicando uma chance de aproximadamente cinco, duas e três vezes maior de infecção.

Em pesquisa com 300 mulheres entre 15-44 anos, 54% delas referiram não ter tido nenhum tipo de orientação sobre formas de prevenção da aids e DST antes de iniciarem suas vidas sexuais. Entre os 45% que declararam ter tido orientações, as fontes foram mães, médicos, amigos, professores. Nenhuma citou o serviço de saúde como fonte de informação (TRINDADE, SHIAVO, 2001). Já em pesquisa com 127 mulheres que foram questionadas sobre as informações referentes às DST/aids, apenas 7% referiram os serviços de saúde como fonte de informação sobre prevenção e 4% responderam nunca terem sido informadas (FERNANDES et al, 2000).

Em estudo com 1.805 mulheres entre 15-49 anos no norte do Vietnã, 78% delas não conheciam nenhum sintoma de DST, 50% não sabiam identificar as causas de DST e 59% não sabiam que as DST podiam ser prevenidas (THI LAN et al, 2009).

Estudo com 1405 moradores de rua, sendo 210 mulheres, constatou que o relato de nunca utilizar o preservativo esteve associado a não ter participado de atividades de prevenção, culminando com uma chance aproximadamente duas vezes (OR= 1,7) maior de exposição às DST/aids (GRANGEIRO et al, 2012). Pesquisa com 276 mulheres divididas em um grupo soropositivo e outro soronegativo encontrou que no geral as mulheres têm livre acesso às informações sobre DST (87%) e aids (90%), porém informação sobre sexualidade é menos comum (55%). Houve associação significativa entre mulheres

infectadas pelo HIV e baixo acesso às informações sobre saúde sexual (39% vs 65%, $p < 0,001$) e sobre DST (80% vs 92%, $p = 0,003$) quando comparadas com mulheres HIV-negativas (MIRANDA et al, 2012).

Pesquisa com 120 mulheres que viviam em favelas e 480 que viviam em outras áreas mostrou significativa associação entre o baixo padrão socioeconômico e ter menos acesso aos meios de comunicação e à educação. O nível de conhecimento sobre aids e de como evitar a doença por meio do uso do preservativo, bem como outras ações de saúde referidas ao pré-natal adequado, práticas seguras de parto foram significativamente menores entre as mulheres que viviam nas favelas do que as que viviam em outras áreas (KHAN, KRAEMER, 2008).

Ainda em pesquisa com 201 mulheres divididas em grupo de baixo risco e alto risco para DST/aids, encontrou-se que a maioria das mulheres reportaram uma necessidade adicional sobre conhecimentos de saúde (77,1%), distribuição e orientação do preservativo (50,8%), e diagnóstico de baixo custo e serviços de tratamento (53,7%). 52,4% reportaram ter feito autotratamento para DST sem procurar o serviço de saúde, apenas 25,5% referiram facilidades ao procurar os serviços de saúde quando doentes. Comparado com o grupo de baixo risco, o grupo de alto risco foi significativamente menos propício a receber informações educativas e outros serviços (62,5% vs 87,5%, $p < 0,001$) (ZHANG et al, 2013).

Programas de prevenção contra DST/aids aumentam significativamente a intenção do uso do condom entre as mulheres, foi o que mostrou pesquisa com 162 mulheres hispânicas entre 18-35 anos, as quais foram divididas em um grupo controle e um grupo que sofreu intervenção de ações educativas para prevenção às DST. O grupo de intervenção apresentou uma maior intenção do uso do preservativo (OR= 3,95), reafirmando a importância dos serviços de saúde na orientação sobre essas doenças para diminuir a vulnerabilidade feminina (RAJ et al, 2001).

A falta de informação e orientação sobre DST/aids entre as mulheres revela uma maior vulnerabilidade, para tanto as atividades educativas englobando programas de promoção da saúde são eficazes para diminuir essa vulnerabilidade. As práticas educativas promotoras de cuidado integral são condutas essenciais na contenção da epidemia do HIV, já que o comportamento sexual não pode ser isolado de influências sociais, econômicas e culturais mais amplas que norteiam a vida do indivíduo. A vulnerabilidade do sujeito ou do grupo revela as desigualdades existentes no acesso ao atendimento de qualidade e abrangente ligado à promoção da saúde (GUEDES, STEPHAN-SOUSA, 2009).

A promoção da saúde é um dos objetivos que norteiam a saúde pública do país e promover saúde em DST/aids, por meio de práticas educativas, é envolver e capacitar indivíduos e grupos para atuarem na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, de forma participativa, inserindo preceitos como democracia, autonomia, cidadania, vínculo, acolhimento, direitos e acesso. Essa forma de educar está voltada para desencadear, com base nos atores envolvidos no cuidado (serviços, profissionais, usuários), pelo menos três tipos de direitos: direito à informação, direito ao acesso e direito à assistência (GUEDES, STEPHAN-SOUSA, 2009).

7 CONCLUSÃO

Apesar das limitações da presente pesquisa como composição da amostra, técnica de amostragem, bem como alguns dados perdidos, e a restrição dos dados à forma quantitativa, ocorreram achados importantes para compreender alguns aspectos do risco e da vulnerabilidade feminina para DST/aids.

Concluiu-se que a vulnerabilidade feminina às DST/aids está refletida em alguns fatores associados ao risco de contrair tais enfermidades como os que foram encontrados:

- Idade precoce da primeira relação sexual;
- Não uso do preservativo na primeira relação sexual;
- Frequência inconsistente do uso do preservativo;
- Não conhecer a camisinha feminina;
- Uso de bebida alcoólica freqüente pela mulher;
- Uso de drogas pela mulher;
- Ter tido sintomas de ferida vaginal e ferida anal;
- Não percepção do risco pela mulher;
- Baixa escolaridade;
- Baixa renda familiar;
- Desemprego;
- Ter tido relações sexuais em troca de benefícios;
- Ter sofrido violência pelo parceiro;
- Ter tido relações sexuais com parceiro etilista;
- Ter tido relações sexuais com parceiro usuário de drogas;
- Falta de diálogo com parceiro sobre sexo;
- Uso inconsistente do preservativo quando confiava no parceiro;
- Falta de orientação sobre DST/aids nos serviços de saúde e na consulta ginecológica;
- Falta de orientação sobre uso do preservativo nos serviços de saúde.

Alguns desses fatores associados ao risco para DST/aids permaneceram significativos quando realizada a regressão logística, destacando-se a baixa escolaridade, baixa renda, falta de conhecimento sobre a camisinha feminina, uso de bebida alcoólica freqüente, falta de diálogo com o parceiro sobre sexo, e déficit em orientações sobre DST/aids nos serviços de saúde que freqüentavam.

Tais fatores interferem diretamente na vulnerabilidade feminina já que a baixa escolaridade e baixa renda influenciam no nível de conhecimento sobre as DST/aids ou na elaboração de conhecimentos de senso comum que muitas vezes não têm fundamentação na prevenção dessas doenças. O uso de bebida alcoólica pode induzir as mulheres a terem relações sexuais desprotegidas pelo efeito que faz no organismo. A falta de conhecimento sobre a camisinha feminina e a falta de diálogo com o parceiro mostra como as mulheres ainda não têm autonomia na prevenção de DST/aids bem como ainda estão em situação de submissão à vontade do parceiro, sem conseguir negociar o sexo seguro.

E por fim, constatou-se que as instituições de saúde não apresentam suporte efetivo no que se refere às ações de educação em saúde abordando as DST/aids. Muitos serviços e profissionais de saúde realizam uma assistência ou cuidado numa perspectiva de uma prevenção secundária, esquecendo-se que a prevenção primária é muito mais eficaz se for realizada amplamente, dentro dos serviços de saúde, nas escolas, nas faculdades, nas associações de bairro ou da comunidade, tanto para as mulheres quanto para os homens. Além disso, as instituições de saúde devem se articular com outros órgãos para ampliar o suporte à saúde da mulher, principalmente nas relações de gênero, colaborando para diminuir as situações de violência contra a mulher.

É importante que esses fatores associados ao risco sejam reconhecidos não isoladamente, mas interdependentes entre si, criando uma rede complexa de aspectos que estão caracterizando a vulnerabilidade feminina.

A vulnerabilidade feminina às DST/aids é um complexo emaranhado de aspectos individuais, sociais e programáticos que carecem de uma pesquisa ampliada a qual garanta uma melhor compreensão de fatores subjetivos e objetivos desvelados pelas mulheres para assim serem colocados em prática projetos eficazes de promoção da saúde da mulher.

Existem variáveis comportamentais, sociais, culturais e programáticas que devem ser apreendidas e trabalhadas de maneira holística pelos profissionais de saúde para promoção da saúde sexual e reprodutiva entre as mulheres, enfatizando principalmente a autonomia e a responsabilidade por suas escolhas nesse contexto.

Além disso, é imprescindível fortalecer as políticas, os programas, os serviços e os profissionais de saúde para garantir funcionamento, acesso, atendimento, qualidade, rede articulada de estruturas governamentais e não governamentais e educação em saúde adequados a essa população.

Não foi objetivo desta pesquisa, e nem seria possível, esgotar as possibilidades de estudo acerca da vulnerabilidade das mulheres às DST/aids, e sim mostrar que estas precisam de atenção para que tentativas de redução dessa vulnerabilidade sejam promovidas, como também evidenciar aspectos merecedores de maiores investigações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em saúde pública. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n.1, p.117-121, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n1/19.pdf>>. Acesso em 01 de out. de 2012.
- ALMEIDA FILHO, N.; CASTIEL, L. D.; AYRES, J. R. C. M. Riesgo: concepto básico de la epidemiología. **Salud Colectiva**, Buenos Aires, v.5, n.3, p.323-344, 2009.
- ALVES, K. C. L. R. P.; FRAM, D. S.; DICCINI, S.; BELASCO, A. G. S.; BARBOSA, D. A. Prevalência e fatores de risco associados à infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana em parturientes. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. 307-312, 2009.
- ANÉAS, T.V.; AYRES, J.R.C.M. Meanings and senses of healthcare practices: fundamental ontology and the reconstruction of healthcare. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.15, n.38, p.651-62, jul./set. 2011.
- AYRES, J. R. C. M. Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 5, suppl 1, p. 28-42, 2002.
- _____. et al. Adolescência e aids: avaliação de uma experiência de educação preventiva entre pares. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.7, n.12, p. 123-138, fev.2003.
- _____. Care and reconstruction in healthcare practices. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.8, n.14, p.73-92, set.2003-fev.2004.
- _____. et al. Risco, vulnerabilidades e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos, Gastão Wagner de Sousa; Minayo, Maria Cecília de Souza; Akerman, Marco; Drumond Júnior, Marcos; Carvalho, Yara Maria de. **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, Hucitec: Fiocruz, 2006. p.375-417.
- _____. Desenvolvimento histórico-epistemológico da Epidemiologia e do conceito de risco. **Caderno de Saúde Pública**, v.27, n.7, p.1301-1311, 2011.
- BAIDOOBONSO, S.; BAUER, G. R.; SPEECHLEY, K. N.; LAWSON, E. HIV risk perception and distribution of HIV risk among African, Caribbean and other Black people in a Canadian city: mixed methods results from the BLACCH study. **BMC Public Health**, v. 13, p.184-201, 2013
- BARBOSA JÚNIOR, A. et al. Tendências da epidemia de aids entre subgrupos sob maior risco no Brasil, 1980-2004. **Caderno de Saúde Pública**, v.25, n.4, p. 727-737, abr. 2009.
- BARCELOS, M. R. B. et al. Infecções genitais em mulheres atendidas em Unidade Básica de Saúde: prevalência e fatores de risco. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.30, n.7, p. 349-354, 2008.
- BARROS, C., SCHRAIBER, L. B., FRANÇA-JÚNIOR, I. Associação entre violência por parceiro íntimo contra a mulher e infecção por HIV. **Revista Saúde Pública**, v.45, n.2, p. 365-372, 2011.
- BASSOLS, A. M. S., BONI, R., PECHANSKY, F. Alcohol, drugs, and risky sexual behavior are related to HIV infection in female adolescents. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 32, n.4, p. 361-368, dez. 2010.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Prevalências e frequências relativas de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) em populações selecionadas de seis capitais brasileiras, 2005 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008, 224 p.

_____. Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST. Brasília: Ministério da Saúde, 2011, p.64. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2007/40376/vers_o_revisada_2011_20894.pdf>. Acesso em: 15 de set. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012a. 318 p.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012b. Diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 8 de jan. 2014

_____. Boletim Epidemiológico HIV/AIDS 2013. Brasília – DF. 61p. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55559/_p_boletim_2013_internet_pdf_p_51315.pdf. Acesso em 14 de fev. 2014.

BRITO, D. M. S.; GALVÃO, M. T. G.; PEREIRA, M. L. D. Marcadores de vulnerabilidade ao câncer de colo do útero em mulheres infectadas pelo HIV. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.19, n.3, p.500-507, 2011.

CANAVAL, G. E.; VALENCIA, C. P.; FORERO, L.; GUARDELA, N.; MAGAÑA, A.; VARGAS, Y. Factores protectores y de riesgo para HIV/SIDA em mujeres de Cali, Colombia. **Ciencia y Enfermería**, v.11, n.2, p.23-33, 2005.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Governo do Estado do Ceará. O Hospital – O que é? [Internet]. Publicado em 19 maio 2010. Disponível em: http://www.hsj.ce.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=658&Itemid=196A cesso em: 12 nov 2012.

_____. Informe Epidemiológico – AIDS, novembro de 2013. 9p. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/boletins>>. Acesso em: 14 de fev. de 2014.

COLLAZOS, M. F.; ECHEVERRY, N.; MOLINA, A. P.; CANAVAL, G. E.; VALENCIA, C. P. Riesgo de VIH/SIDA en la mujer: no es cuestión de estrato socioeconômico. **Colombia Médica**, v.36, n. 3 (suppl 1), p. 50-57, 2005.

COSTA, G. G. O. **Curso de Estatística Básica**: teoria e prática. São Paulo: Atlas, 2011. 217p.

CRUZEIRO, A. L. S.; SOUZA, L. D. M.; SILVA, R. A.; PINHEIRO, R. T.; ROCHA, C. L. A.; HORTA, B. L. Comportamento sexual de risco: fatores associados ao número de parceiros sexuais e ao uso de preservativo em adolescentes. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, suppl.1, p. 1149-1158, 2010.

DE LA TORRE UGARTE GUANILLO, M. C. **Vulnerabilidade feminina ao HIV: metassíntese**. São Paulo, 2008. 205 f. Dissertação (Mestrado Enfermagem em Saúde Coletiva) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo-SP, 2008.

DESSIE, Y.; GERBABA, M.; BEDRO, A.; DAVEY, G. Risky sexual practices and related factors among ART attendees in Addis Ababa Public Hospitals, Ethiopia: A cross-sectional study. **BMC Public Health**, v. 11, n. 422, 2011. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/422>

D'OLIVEIRA, A. F.; COUTO, M. T.; CARDOSO, M. A. Mulheres vivendo com HIV/Aids parceiras de usuários de drogas injetáveis. **Revista Saúde Pública**, v.41, supl. 2, p.31-38, 2007.

FERNANDES, A. M. S. et al. Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres brasileiras atendidas pela rede básica de saúde com relação às doenças de transmissão sexual. **Caderno de Saúde Pública**, v. 16, suppl.1, p.103-112, 2000.

FERNANDES, R. L. V.; MOURA, E. R. F.; FEITOZA, A. R.; EVANGELISTA, D. R.; ORIÁ, M.O.B. Conhecimento, atitude e prática relacionados ao preservativo feminino. **Revista Rene**, v. 13, n. 4, p. 755-765, 2012.

FISHER JC; COOK PA; KAPIGA SH. Alcohol use before sex and HIV risk: situational characteristics of protected and unprotected encounters among high-risk african women. **Sex Transm Dis**, v.37, n.9, p. 571-578, set. 2010.

GARCIA, S.; SOUZA, F. M. Vulnerabilidades ao HIV/aids no Contexto Brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. **Saúde e Sociedade**, v.19, suppl.2, p. 9-20, 2010.

GOMÉZ, A. M.; SPEIZER, I. S.; REYNOLDS, H.; MURRAY, N.; BEAUVAIS, H. Age differences at sexual debut and subsequent reproductive health: Is there a link? **Reproductive Health**, v.5, n.8, out. 2008. Disponível em: <http://www.reproductive-health-journal.com/content/5/1/8>

GRANGEIRO, A.; HOLCMAN, M. M.; ONAGA, E. T.; ALENCAR, H. D. R.; PLACCO, A. L. N.; TEIXEIRA, P. R. Prevalência e vulnerabilidade à infecção pelo HIV de moradores de rua em São Paulo, SP. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 674-684, 2012.

GUEDES, H. H. S.; STEPHAN-SOUZA, A. I. A Educação em Saúde como aporte estratégico nas práticas de saúde voltadas ao HIV/AIDS: o papel da equipe de saúde. **Revista APS**, v. 12, n.4, p.388-397, out./dez. 2009.

GUEDES, T. G. et al. Mulheres monogâmicas e suas percepções quanto à vulnerabilidade a DST/HIV/aids. **Jornal brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 21, n. 3, p. 118-123, 2009.

HASSE, B. ET al. Frequency and determinants of unprotected sex among HIV-infected persons: the swiss HIV cohort study. **Clinical Infectious Diseases**, v.51, n.11, p1314-1322, 2013.

HENRIQUES, M. E. R. M.; LIMA, E. A. R. Mulheres expostas ao HIV/AIDS: promovendo qualidade de vida na atenção básica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 952-63, 2009. Disponível em: < <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a21.htm> >. Acesso em: 20 de mar. de 2012.

HIGGS, J. A.; HOFFMAN, S.; DWORKIN, S. L. Rethinking gender, heterosexual men, and women's vulnerability to HIV/AIDS. **American Journal of Public Health**, v.100, n.3, p.435-445, mar.2010.

HUGO, T. D. O.; MAIER, V. T.; JANSEN, K.; RODRIGUES, C. E. G.; CRUZEIRO, A. L. S.; ORES, L. C.; PINHEIRO, R. T.; SILVA, R.; SOUZA, L. D. M. Fatores associados à idade da primeira relação sexual em jovens: estudo de base populacional. **Caderno Saúde Pública**, v. 27, n.11, p.2207-2214, nov. 2011.

JENNESS, S. M. et al. Heterosexual HIV and sexual partnerships between injection drug users and noninjection drug users **AIDS Patient Care and STDs**, v.24, n.3, p.175-181, mar. 2010.

JIMÉNEZ, D. P.; RIVAS, M. S.; GARCÍA, I. S. Comportamiento sexual y autoeficacia para la negociación de sexo más seguro en personas heterosexuales. **Revista Interamericana de Psicología**, v.43, n.2, p.414-424, 2009.

KALICHMAN, S. C.; PITPITAN, E.; EATON, L.; CAIN, D.; CAREY, K. B.; CAREY, M. P.; HAREL, O.; MEHLOMAKHULU, V.; SIMBAYI, L. C.; MWABA, K. Bringing it home: community survey of HIV risks to primary sex partners of men and women in alcohol-serving establishments in Cape Town, South Africa. **Sexually Transmitted Infections**, v.89, n. 3, p.231-236, 2013.

KHAN, M. M. H.; KRAEMER, A. Socio-economic factors explain differences in public health-related variables among women in Bangladesh: A cross-sectional study. **BMC Public Health**, v. 8, p. 254-264, 2008.

KIM, A. A.; MARTINEZ, A. N.; KLAUSNER, J. D.; GOLDENSON, J.; KENT, C.; LISKA, S.; MCFARLAND, W. Use of Sentinel surveillance and geographic information systems to monitor trends in HIV prevalence, incidence, and related risk behavior among women undergoing syphilis screening in a jail setting. **Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine**, v. 86, n. 1, p. 79-92, 2008.

LOPES, J. B. et al. Características da população feminina notificada por doenças sexualmente transmissíveis no município de Araraquara. **Revista de Instituto de Ciências da Saúde**, v.26, n.4, p.409-417, 2008.

LOPES, L. A. B.; SILVA, E. M. K. Biological, behavioral, and socioeconomic factors associated with death from AIDS in Brasília, Brazil, in 2007. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v.45, n.4, p. 448-452, 2012.

MADUREIRA, V. S. F.; TRENTINI, M. Relações de poder na vida conjugal e prevenção da AIDS. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.61, n.1, p.637-642, 2008.

MALISKA, I. C. A.; SOUZA, M. I. C.; SILVA, D. M. G. V. Práticas sexuais e o uso do preservativo entre mulheres com HIV/AIDS. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 6, n. 4, p.471-478, out./dez. 2007.

MARTINS, L. B. M. et al. Conhecimento sobre métodos anticoncepcionais por estudantes adolescentes. **Revista de Saúde Pública**, v.40, n.1, p. 57-64, 2006.

MEDHI, G. K.; MAHANTA J.; PARANJAPE, R. S.; ADHIKARY, R.; LASKAR, N.; NGULLY, P. . Factors associated with HIV among female sex workers in a high HIV prevalent state of India. **Journal AIDS Care**, v.24, n. 3, p.369-376, mar. 2012.

MEDITZ, A. L. et al. Sex, race, and geographic region influence clinical outcomes following primary HIV-1 infection. **The Journal of Infectious Diseases**, v.203, p. 442–451, 2011.

MEDRONHO, R. A. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2008. 790p.

MEYER, D. E. E. et al. “Você aprende. A gente ensina?” Interrogando as relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Caderno de Saúde Pública**, v. 22, n.6, p.1335-1342, 2006.

MIRANDA, A. E.; MERÇON-DE-VARGAS, P.R.; CORBETT, C. E.; CORBETT, J. F.; DIETZE, R. Perspectives on sexual and reproductive health among women in an ancient mining area in Brazil. **Revista Panamericana Salud Publica**, v.25, n. 2, p. 157-161, 2009.

MIRANDA, A. E.; GIAMI, A.; TALHARI, S.; LIMA, B. M. C.; GOLUB, J. E. Behavior assessment of women attending a sexually transmitted disease clinic in Vitória, Brazil. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 38, n.2, p.197-202, 2012.

MORALES, A. U; BARREDA, P. Z. Vulnerabilidad al VIH en mujeres en riesgo social. **Revista de Saúde Pública**, v.42, n.5, p. 822-829, 2008.

MYERS, B., et al. Ethnic differences in alcohol and drug use and related sexual risks for HIV among vulnerable women in Cape Town, South Africa: implications for interventions. **BMC Public Health**, v.13, p. 174-182, 2013.

NICHIATA, L. Y. I. et al. A utilização do conceito “vulnerabilidade” pela Enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 16, n. 5, p. 923-928, 2008.

_____ et al. Potencialidade do conceito de vulnerabilidade para a compreensão das doenças transmissíveis. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v.45, esp.2, p. 1769-1773, 2011.

OLIVEIRA, M. A. P; PARENTE, R. C. M. Estudos de coorte e de caso-controle na era da Medicina Baseada em Evidência. **Brazilian Journal of Videoendoscopic Surgery**, v. 3, n. 3, p. 115-125, 2010.

OLIVEIRA, N. S. et al. Conhecimento e promoção do uso do preservativo feminino por profissionais de Unidades de Referência para DST/HIV de Fortaleza-CE: o preservativo feminino precisa sair da vitrine. **Saúde e Sociedade**, v.17, n.1, p. 107-116, 2008.

OMS. Organização Mundial de Saúde. GLOBAL HIV/AIDS RESPONSE – Epidemic update and health sector progress towards Universal Access – Progress Report 2011. Disponível em: <<http://www.who.com>>. Acesso em 10 de agosto de 2012.

_____. Centro de prensa – VIH/SIDA. Nota descritiva nº 360, julho de 2012. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/index.html>> Acesso em: 31 de julho de 2012.

ONOKO CAMPOS, R.. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**, v. 25, n. 58, p. 98-111, 2001.

OPERARIO, D. et al. Sexual risk and substance use behaviors among african american men who have sex with men and women. **AIDS and Behavior**, v.15, n.3, p.576-583, abr. 2011.

PITPITAN, E. V.; KALICHMAN, S. C.; CAIN, D.; EATON, L. A.; CAREY, K. B.; CAREY, M. P.; HAREL, O.; SIMBAYI, L. C.; MEHLOMAKHULU, V.; MWABA, K. Condom negotiation, HIV testing, and HIV risks among women from alcohol serving venues in Cape Town, South Africa. **PLOS ONE**, v.7, n.10, p.631-636, out. 2012.

PRADO, E. V.; FALLEIRO, L. M.; MANO, M. A. Cuidado, Promoção da Saúde e Educação Popular – porque um não pode viver sem o outro. **Revista APS**, v.14, n.4, p.464-471, 2011.

PREUSSLER, G. M. I.; MICHELETTI, V. C. D.; PEDRO, E. N. R. Preservativo feminino: uma possibilidade de autonomia para as mulheres HIV positivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 56, n. 6, p. 699-701, nov./dez. 2003.

RAIFORD, J. L.; SETH, P.; DICLEMENTE, R. J. What girls won't do for love: Human Immunodeficiency Virus/Sexually Transmitted Infections risk among young african-american women driven by a relationship imperative. **Journal Adolescence Health**, v. 52, n.5, p. 566-571, 2013.

RAJ, A.; AMARO, H.; CRANSTON, K.; MARTIN, B.; CABRAL, H.; NAVARRO, A.; CONRON, K. Is a general women's health promotion program as effective as an HIV-intensive prevention program in reducing HIV risk among hispanic women? **Public Health Reports**, v. 16, p. 599-607, 2001

RAJ, A.; REED, E.; SANTANA, M. C.; WALLEY, A. Y.; WELLES, S. L.; HORSBURGH, C. R.; FLORES, S. A.; SILVERMAN, J. G. The associations of binge alcohol use with HIV/STI risk and diagnosis among heterosexual african american men. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 101, n. 1-2, p.101-106, abr. 2009.

RAMOS, W. et al. Características sociodemográficas y fuentes de información en relación con la percepción del riesgo de transmisión del VIH y SIDA de mujeres peruanas en edad fértil. Período 2004-2006. **Revista peruana de epidemiologia**, v.13, n.3, 2009.

REIS, R. K.; GIR, E. Vulnerabilidade ao HIV/Aids e a prevenção da transmissão sexual entre casais sorodiscordantes. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 43, n.3, p. 662-669, 2009.

RIBEIRO, K. C. S., SILVA, J., SALDANHA, A. A. W. Querer é poder? A ausência do uso de preservativo nos relatos de mulheres jovens. **DST- Jornal brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 23, n.2, p.84-89, 2011.

SÁNCHEZ, A. I. M.; BERTOLOZZI, M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.12, n.2, p.319-324, 2007.

SANTOS, N. J. S. et al. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. **Caderno de Saúde Pública**, v.25, suppl.2, p. 321-333, 2009.

SCHOELLER, S. D.; LEOPARDI, M. T.; RAMOS, F. S. Cuidado: eixo da vida, desafio da Enfermagem. **Revista de Enfermagem UFSM**, v.1, n.1, p.88-96, 2011.

SCHRAIBER, L. B. et al. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v.41, n.3, p.359-367, 2007.

- SHI, C. F., KOUYOUMDJIAN, F. G.; DUSHOFF, J. Intimate partner violence is associated with HIV infection in women in Kenya: a cross-sectional analysis. **BMC Public Health**, v. 13, p. 512-518, 2013.
- SILVA, R. M. O.; ARAUJO, C. L. F.; PAZ, F. M. T. A realização do teste anti-hiv no pré-natal: os significados para a gestante. **Revista de Enfermagem Escola Anna Nery**, v. 12, n. 4, dez. 2008.
- SILVA, C. M.; VARGENS, O. M. C. A percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DST/HIV. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v.43, n.2, p. 401-406, 2009.
- SILVEIRA, M. F., et al. Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e Aids em mulheres. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n.6, p. 670-677, 2002.
- SILVEIRA, M. F.; SANTOS, I. S.; BÉRIA, J. U.; HORTA, B. L.; TOMASI, E. Factors associated with condom use in women from an urban area in southern Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.5, p. 1557-1564, set. /out. 2005.
- SINGH, K.; BUCKNER, B.; TATE, J.; NDUBANI, P.; KAMWANGA, J. Age, poverty and alcohol use as HIV risk factors for women in Mongu, Zambia. *African Health Sciences*, v. 11, n.2, p.204-210, 2011.
- SOUSA, M. C. P.; ESPIRITO SANTO, A. C. G.; MOTTA, S. K. A. Gênero, vulnerabilidade das mulheres ao HIV/Aids e ações de prevenção em bairro da periferia de Teresina, Piauí, Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 17, n. 2, jun. 2008.
- SOUSA, P. K. R.; MIRANDA, K. C. L.; FRANCO, A. C. Vulnerabilidade: análise do conceito na prática clínica do enfermeiro em ambulatório de HIV/AIDS. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n.2, p. 381-384, 2011.
- STRAZZA, L.; MASSAD, E.; AZEVEDO, R. S.; CARVALHO, H. B. Estudo de comportamento associado à infecção pelo HIV e HCV em detentas de um presídio de São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v.23, n.1, p.197-205, jan. 2007.
- TAKAHASHI, R. F. **Marcadores de vulnerabilidade a infecção, adoecimento e morte por HIV e AIDS**. São Paulo, 2006. 164 f. Tese (Doutorado Livre-Docência) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo-SP, 2006.
- TEIXEIRA, L. B.; PILECCO, F. B.; VIGO, A.; KANAUTH, D. R. Saúde sexual e reprodutiva de mulheres vivendo com HIV no Sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v.29, n.3, p.609-620, mar. 2013.
- THI LAN, P.; LUNDBORG, C. S.; MOGREN, I.; PHUC, H. D.; CHUC, N.T. K. Lack of knowledge about sexually transmitted infections among women in North rural Vietnam. **BMC Infectious Diseases**, v.9, p.85-93, 2009.
- TORRALBA ROSSELÓ, F. A radical vulnerabilidade do ser humano. In: _____. **Antropologia do cuidar**. Tradução Guilherme Laurito Summa. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009, p 57-68.
- TRINDADE, M. P.; SHIAVO, M. R. Comportamento sexual das mulheres em relação ao HIV/AIDS. **DST- Jornal brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v.13, n.5, p.17-22, 2001.

VARMA, D. S.; CHANDRA, P. S.; CALLAHAN, C.; REICH, W.; COTTLER, L. B. Perceptions of HIV risk among monogamous wives of alcoholic men in South India: a qualitative study. **Journal of Women's Health**, v. 19, n.4, p.815-821, 2010.

VIANA, C. D. M. R. **Fatores de risco e marcadores de vulnerabilidade para o câncer de mama em mulheres com HIV/Aids**. Fortaleza, 2009. 103 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde). Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-CE, 2009.

WALDOW, V. R; BORGES, R. F. O processo de cuidar sob a perspectiva da vulnerabilidade. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.16, n.4, p.765-771, 2008.

WAND H, RAMJEE G. The relationship between age of coital debut and HIV seroprevalence among women in Durban, South Africa: a cohort study. **BMJ Open**, v.2, n.1, p.285-293, 2012.

WECHSBERG, W. M.; MYERS, B.; KLINE, T. L.; CARNEY, T.; BROWNE, F. A.; NOVAK, S. P. The relationship of alcohol and other drug use typologies to sex risk behaviors among vulnerable women in Cape Town, South Africa. *Journal of AIDS & Clinical Research*, v.3, suppl 1, n.15, p.15-23, 2012.

WU, J.; HUANG, J.; XU, D.; LU, C.; DENG, X.; ZHOU, X. Infection status and risk factors of HIV, HBV, HCV, and syphilis among drug users in Guangdong, China - a cross-sectional study. **BMC Public Health**, v. 10, p.657-664, 2010.

ZANGO, A.; DUBÉ, K.; KELBERT, S.; MEQUE, I.; CUMBE, F.; CHEN, P. L.; FERRO, J. J.; FELDBLUM, P. J.; WIJGERT, J. Determinants of prevalent HIV infection and late HIV diagnosis among young women with two or more sexual partners in Beira, Mozambique. **PLOS ONE**, v.8, n.5, p 427-434, maio 2013.

ZHANG, X. D.; TEMMERMAN, M.; LI, Y.; LUO, W.; LUCHTERS, S. Vulnerabilities, health needs and predictors of high-risk sexual behaviour among female adolescent sex workers in Kunming, China. **Sexually Transmitted Infections**, v.89, n.3, p. 237-244, 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada Senhora,

Eu, Ana Clara Patriota Chaves, discente do Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará – UECE estou realizando uma pesquisa intitulada “FATORES ASSOCIADOS AO RISCO E MARCADORES DE VULNERABILIDADE PARA DST/AIDS ENTRE MULHERES EM IDADE FÉRTIL” que tem como objetivo analisar os fatores associados ao risco e marcadores de vulnerabilidade para DTS/Aids nessa população.

Pretendo, assim, conhecer o comportamento sexual e preventivo, atitudes individuais frente às DST, bem como aspectos sociais vulneráveis e barreiras dos serviços de saúde na visão dessas mulheres. Deste modo, solicito sua colaboração em participar desse estudo de forma voluntária. Nesta pesquisa, utilizaremos um questionário de perguntas fechadas, a fim de avaliar dados relacionados ao risco e vulnerabilidades.

Informo que esta pesquisa trará benefícios relacionados à melhor compreensão sobre a disseminação das DST/Aids na população feminina e permitirá o desenvolvimento de novas estratégias de prevenção e promoção da saúde. O risco da pesquisa envolve o constrangimento relacionado às perguntas a serem realizadas, porém será minimizado por meio de informações sobre a pesquisa, garantia de local privado para respondê-la, garantia do sigilo da sua identidade, bem como, do direito de continuar ou desistir da pesquisa a qualquer momento, sem que isto venha a trazer qualquer prejuízo físico ou moral.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – deverá ser assinado em duas vias pela participante. Também, o pesquisador responsável deverá da mesma forma, rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

Caso precise entrar em contato, seguem-se os dados da responsável pela pesquisa:

Prof^a. Dr^a. Maria Lúcia Duarte Pereira. Endereço: Avenida Paranjana 1700, Campus do Itapery – Fortaleza. Telefone: 32345243. Outras informações ou em caso de dúvidas, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará. Fone: 3101-9890. Av. Paranjana 1700, Fortaleza—Ceará.

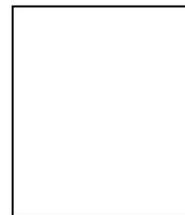
Eu, _____,
 RG Nº _____, tendo sido satisfatoriamente informada e ciente dos meus direitos acima relacionados, concordo em participar de forma voluntária da pesquisa “FATORES ASSOCIADOS AO RISCO E MARCADORES DE VULNERABILIDADE PARA DST/AIDS ENTRE MULHERES EM IDADE FÉRTIL” realizada pela aluna Ana Clara Patriota Chaves e orientada pela Prof^a Dr^a. Maria Lúcia Duarte Pereira, do curso Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde, da Universidade Estadual do Ceará – UECE.

Fortaleza, _____ de _____ de _____

Assinatura da pesquisada

Assinatura da pesquisadora

ou digital:



APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO GRUPO CASO

Agradeço a sua participação nesse estudo, o qual se trata de uma pesquisa de opinião, em que não há respostas certas ou erradas. Por favor, responda as questões de forma espontânea e verdadeira. Sua identidade permanecerá em anonimato.

GRUPO: 1

Dados Sociodemográficos
V1. Qual a sua idade: _____
V2 Qual seu estado civil atual: 1 () Solteira 2 () Casada 3 () União estável 4 () Separada/Divorciada 5 () Viúva
V3. Quantos anos você estudou? _____
V4. Você trabalha? 1 () Não 2 () Sim (Se a resposta for NÃO, vá para a pergunta V7)
V5. Você trabalha com o quê? _____
V6. Esse trabalho é remunerado? 1 () Não 2 () Sim
V7. Quantas pessoas moram com você: _____
V8. Quantos cômodos têm sua casa: _____
V9. Quais desses sistemas têm na sua casa? Pode marcar mais de uma opção 1 () água encanada 2 () sistema de esgoto 3 () energia elétrica 4 () coleta de lixo
V10. Quanto é a renda familiar aproximadamente (em reais): _____
V11. Recebe benefícios do governo? 1 () Sim 2 () Não
V12. Se sim, qual o benefício? _____
Dimensão individual
V13. Quantos anos você tinha quando menstruou pela primeira vez? _____
V14. Quantos anos você tinha quando teve a primeira relação sexual? _____
V15. Você usou camisinha na sua primeira relação? 1 () Não 2 () Sim
V16. Você teve relações sexuais nos últimos 12 meses? 1 () Sim 2 () Não
V17. Você usou camisinha na sua última relação sexual? 1 () Não 2 () Sim
AGORA RESPONDA AS SEGUINTE PERGUNTAS, DE ACORDO COMO ERA SUA VIDA ANTES DO DIAGNÓSTICO POSITIVO.
V18 Qual era a sua idade na época? _____
V19 Qual era seu estado civil na época? 1 () Solteira 2 () Casada 3 () União estável 4 () Separada/Divorciada 5 () Viúva
V20 Você trabalhava? 1 () Não 2 () Sim (Se a resposta for NÃO, vá para a pergunta V23)
V21 Trabalhava com o quê? _____
V22 O trabalho era remunerado? 1 () Não 2 () Sim
V23 Quantos parceiros sexuais você teve antes de descobrir o diagnóstico (Se não lembra o número certo, diga um número aproximado)? _____
V24 Quantos parceiros sexuais você já teve depois de descobrir o diagnóstico (Se não lembra o número certo, diga um número aproximado)? _____
V25. Quantos parceiros sexuais teve nos últimos 3 meses? _____
V26. Com que frequência você usava camisinha nas suas relações sexuais antes de descobrir seu diagnóstico? 1 () Nunca 2 () Às vezes 3 () Sempre
V27 Você tomava iniciativa de usar camisinha nas suas relações sexuais antes de saber seu diagnóstico? 1 () Nunca 2 () Às vezes 3 () Sempre
V28. Você tinha relação sexual oral (com a boca) antes de saber seu diagnóstico? 1 () Sim 2 () Não
V29. Se sim, você usava camisinha na relação oral? 1 () Não 2 () Às vezes 3 () Sim

V30. Você tinha relação sexual anal antes de saber seu diagnóstico? 1 () Sim 2 () Não
V31. Se sim, você usava camisinha na relação anal? 1 () Não 2 () Às vezes 3 () Sim
V32. Você conhecia a camisinha feminina, antes de saber seu diagnóstico? 1 () Não 2 () Sim
V33. Você usava a camisinha feminina nas suas relações sexuais, antes de saber seu diagnóstico? 1 () Nunca 2 () Às vezes 3 () Sempre
V34. Antes de conhecer seu diagnóstico, você mantinha relações sexuais com: 1 () Apenas homens 2 () Apenas mulheres 3 () Homens e mulheres
V35. Com que frequência você consumia bebidas alcoólicas, antes de conhecer seu diagnóstico? 1 () Diariamente 2 () Semanalmente 3 () Mensalmente 4 () Nunca
V36. Você já usou drogas antes de saber seu diagnóstico? 1 () Sim 2 () Não
V37. Você já usou drogas injetáveis antes de saber seu diagnóstico? 1 () Sim 2 () Não
Dimensão social
V38. Antes de saber seu diagnóstico, você precisou alguma vez ter relação sexual em troca de dinheiro? 1 () Sim 2 () Não
V39. Você já teve alguma relação sexual sem você querer (forçada), antes de saber seu diagnóstico? 1 () Sim 2 () Não
V40. Já sofreu algum tipo de violência de qualquer parceiro anterior pelo menos uma vez na vida? 1 () Sim 2 () Não (Se a resposta for NÃO, vá para a pergunta V42)
V41. Se <u>sim</u> , qual(is) tipo(s) de violência? 1 () Violência Física com arma 2 () Violência Física sem arma 3 () Violência Psicológica 4 () Violência sexual
V42 Você já teve relações sexuais com alguém que consumia bebidas alcoólicas? 1 () Sim 2 () Não
V43 Com que frequência ele consumia bebida alcoólica? 1 () Diariamente 2 () Semanalmente 3 () Mensalmente 4 () Nunca
V44 Você já teve relações sexuais com alguém usuário de drogas? 1 () Sim 2 () Não
V45 Você já teve relações sexuais com alguém usuário de drogas injetáveis? 1 () Sim 2 () Não
V46 Você já teve relações sexuais com alguém que já havia sido preso (ex-presidiário)? 1 () Sim 2 () Não
V47 Você costumava conversar com seus parceiros sobre sexo? 1 () Não 2 () Às vezes 3 () Sim
V48 Quando você tinha plena confiança no seu parceiro, você usava camisinha nas relações sexuais com ele? 1 () Não 2 () Às vezes 3 () Sim
V49. Como você considerava o seu risco de pegar aids, antes de conhecer seu diagnóstico? 1 () Muito possível 2 () Possível 3 () Pouco possível 4 () Quase impossível 5 () Impossível
V50. Você já tinha ouvido falar de aids, antes de saber seu diagnóstico? 1 () Não 2 () Sim
V51. Você já tinha ouvido falar de Doença sexualmente transmissível (DST) antes de saber seu diagnóstico? 1 () Não 2 () Sim
V52. Como você pensava que se pegava aids, antes de saber seu diagnóstico? V521. Beijo na boca 1 () Sim 2 () Não V522. Beijo no rosto 1 () Sim 2 () Não V523. Abraço 1 () Sim 2 () Não V524. Aperto de mão 1 () Sim 2 () Não

V525. Relação sexual com penetração vaginal sem camisinha 1 () Não 2 () Sim
V526. Sexo oral (com a boca) sem camisinha 1 () Não 2 () Sim
V527. Sexo anal sem camisinha 1 () Não 2 () Sim
V528. Sexo durante a menstruação sem camisinha 1 () Não 2 () Sim
V529. Compartilhar seringa e agulha com pessoas que usam drogas injetáveis 1 () Não 2 () Sim
V5210. Compartilhar utensílios domésticos (talheres, copos, pratos) 1 () Sim 2 () Não
V5211. Compartilhar roupas íntimas (calcinha, sutiã, toalhas) 1 () Sim 2 () Não
V5212. Em banheiro público 1 () Sim 2 () Não
V5213. Picada de inseto 1 () Sim 2 () Não
V5214. Doação de sangue 1 () Sim 2 () Não
V5215. Tatuagens 1 () Sim 2 () Não
V53. Onde conseguiu essas informações?
V531. Em casa com os pais 1 () Não 2 () Sim
V532. Em casa com irmãos/irmãs 1 () Não 2 () Sim
V533. Com parceiro 1 () Não 2 () Sim
V534. Com amigos/amigas 1 () Não 2 () Sim
V535. Televisão 1 () Não 2 () Sim
V536. Rádio 1 () Não 2 () Sim
V537. Revista 1 () Não 2 () Sim
V538. Jornal de notícias 1 () Não 2 () Sim
V539. Escola com professor 1 () Não 2 () Sim
V5310. Serviço de saúde 1 () Não 2 () Sim
V54. Já teve alguns dos sintomas abaixo, antes de saber seu diagnóstico?
V541. Corrimento vaginal 1 () Sim 2 () Não
V542. Corrimento mal-cheiroso 1 () Sim 2 () Não
V543. Ardência ao urinar 1 () Sim 2 () Não
V544. Feridas/dor na vagina 1 () Sim 2 () Não
V545. Feridas/dor no ânus 1 () Sim 2 () Não
V546. Verruga genital 1 () Sim 2 () Não
V547. Verruga anal 1 () Sim 2 () Não
V548. Inchaço na virilha 1 () Sim 2 () Não
V549. Dor no pé da barriga 1 () Sim 2 () Não
V5410. Coceira 1 () Sim 2 () Não
V5411. Outro [_____]
V55. Fez tratamento para algum desses sintomas? 1 () Não 2 () Sim (Se a resposta for NÃO, vá para a pergunta V57)
V56. Onde fez o tratamento? 1 () Hospital 2 () Posto de Saúde 3 () Em casa com remédios caseiros 4 () Farmácia 5 () Outros _____
Dimensão programática
V57. Onde você costumava ir quando se sentia doente, antes de conhecer seu diagnóstico? 1 () Hospital 2 () Posto de Saúde 3 () Rezadeira 4 () Farmácia 5 () Não procura nenhum local 6 () Outros _____
V58. Tinha hospital perto da sua casa? 1 () Não 2 () Sim
V59. Tinha posto de saúde perto da sua casa? 1 () Não 2 () Sim
V60. Como você classificaria o seu acesso aos serviços de saúde, antes de saber seu diagnóstico? 1 () Muito bom 2 () Bom 3 () Regular 4 () Ruim 5 () Péssimo
V61. Como você classificaria o atendimento dos serviços de saúde que você procurava antes de conhecer seu diagnóstico? 1 () Muito bom 2 () Bom 3 () Regular 4 () Ruim 5 () Péssimo
V62. Você já teve orientações sobre aids nos serviços de saúde que frequentou anteriormente ao seu diagnóstico?

1 () Não 2 () Sim (Se a resposta for NÃO, vá para a pergunta V64)
V63. Se sim, em qual serviço? 1 () Hospital 2 () Posto de Saúde 3 () Rezadeira 4 () Farmácia 5 () Não procura nenhum local 6 () Outros _____
V64. Você já recebeu orientações sobre como se usa a camisinha nos serviços de saúde que frequentou anteriormente ao seu diagnóstico? 1 () Não 2 () Sim (Se a resposta for NÃO, vá para a pergunta V66)
V65. Se sim, em qual serviço? 1 () Hospital 2 () Posto de Saúde 3 () Rezadeira 4 () Farmácia 5 () Não procura nenhum local 6 () Outros _____
V66. Com que frequência você realizava exame de prevenção ginecológica antes de saber seu diagnóstico? 1 () Nunca fazia 2 () De três anos ou mais 3 () De 2 em 2 anos 4 () De ano em ano 5 () De 6 em 6 meses
V67. Na consulta de prevenção antes de saber seu diagnóstico, você recebia orientações sobre DST ou Aids? 1 () Não 2 () Sim
V68. Antes de saber seu diagnóstico, quando você precisava de camisinha onde você pegava? 1. Compro na farmácia () 3. Meu parceiro é quem pega () 2. Pego no posto de saúde () 4. Nunca uso camisinha ()

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO GRUPO CONTROLE

Agradeço a sua participação nesse estudo, o qual se trata de uma pesquisa de opinião, em que não há respostas certas ou erradas. Por favor, responda as questões de forma espontânea e verdadeira. Sua identidade permanecerá em anonimato.

GRUPO: 2

Dados Sociodemográficos
V1. Qual a sua idade: _____
V2 Qual seu estado civil atual: 1 () Solteira 2 () Casada 3 () União estável 4 () Separada/Divorciada 5 () Viúva
V3. Quantos anos você estudou? _____
V4. Você trabalha? 1 () Não 2 () Sim (Se a resposta for NÃO, vá para a pergunta V7)
V5. Você trabalha com o quê? _____
V6. Esse trabalho é remunerado? 1 () Não 2 () Sim
V7. Quantas pessoas moram com você: _____
V8. Quantos cômodos têm sua casa: _____
V9. Quais desses sistemas têm na sua casa? Pode marcar mais de uma opção 1 () água encanada 2 () sistema de esgoto 3 () energia elétrica 4 () coleta de lixo
V10. Quanto é a renda familiar aproximadamente (em reais): _____
V11. Recebe benefícios do governo? 1 () Sim 2 () Não
V12. Se sim, qual o benefício? _____
Dimensão individual
V13. Quantos anos você tinha quando menstruou pela primeira vez? _____
V14. Quantos anos você tinha quando teve a primeira relação sexual? _____
V15. Você usou camisinha na sua primeira relação? 1 () Não 2 () Sim
V16. Você teve relações sexuais nos últimos 12 meses? 1 () Sim 2 () Não
V17. Você usou camisinha na sua última relação sexual? 1 () Não 2 () Sim
V18 Quantos parceiros sexuais você já teve na sua vida (Se não lembra o número certo, diga um número aproximado) ?
V19. Quantos parceiros sexuais teve nos últimos 3 meses? _____
V20. Com que frequência você usa camisinha nas suas relações sexuais? 1 () Nunca 2 () Às vezes 3 () Sempre
V21 Você toma iniciativa de usar camisinha nas suas relações sexuais? 1 () Nunca 2 () Às vezes 3 () Sempre
V22. Você já teve relação sexual oral (com a boca)? 1 () Sim 2 () Não
V23. Se sim, você usou camisinha na relação oral? 1 () Não 2 () Às vezes 3 () Sim
V24. Você já teve relação sexual anal? 1 () Sim 2 () Não
V25. Se sim, você usou camisinha na relação anal? 1 () Não 2 () Às vezes 3 () Sim
V26. Você conhece a camisinha feminina? 1 () Não 2 () Sim
V27. Você usa a camisinha feminina nas suas relações sexuais? 1 () Nunca 2 () Às vezes 3 () Sempre
V28. Você mantém relações sexuais com: 1 () Apenas homens 2 () Apenas mulheres 3 () Homens e mulheres
V29. Com que frequência você consome bebidas alcoólicas? 1 () Diariamente 2 () Semanalmente 3 () Mensalmente 4 () Nunca
V30. Você já usou drogas? 1 () Sim 2 () Não

V31. Você já usou drogas injetáveis? 1 () Sim 2 () Não
Dimensão social
V32. Você precisou alguma vez ter relação sexual em troca de dinheiro? 1 () Sim 2 () Não
V33. Você já teve alguma relação sexual sem você querer (forçada)? 1 () Sim 2 () Não
V34. Já sofreu algum tipo de violência de qualquer parceiro pelo menos uma vez na vida? 1 () Sim 2 () Não (Se a resposta for NÃO, vá para a pergunta V36)
V35. Se <u>sim</u> , qual(is) tipo(s) de violência? 1 () Violência Física com arma 2 () Violência Física sem arma 3 () Violência Psicológica 4 () Violência sexual
V36 Você já teve relações sexuais com alguém que consumia bebidas alcoólicas? 1 () Sim 2 () Não
V37 Com que frequência ele consumia bebida alcoólica? 1 () Diariamente 2 () Semanalmente 3 () Mensalmente 4 () Nunca
V38 Você já teve relações sexuais com alguém usuário de drogas? 1 () Sim 2 () Não
V39 Você já teve relações sexuais com alguém usuário de drogas injetáveis? 1 () Sim 2 () Não
V40 Você já teve relações sexuais com alguém que já havia sido preso (ex-presidiário)? 1 () Sim 2 () Não
V41 Você costuma conversar com seus parceiros sobre sexo? 1 () Não 2 () Às vezes 3 () Sim
V42 Quando você tem plena confiança no seu parceiro, você usa camisinha nas relações sexuais com ele? 1 () Não 2 () Às vezes 3 () Sim
V43. Como você considera o seu risco de pegar aids? 1 () Muito possível 2 () Possível 3 () Pouco possível 4 () Quase impossível 5 () Impossível
V44. Você já ouviu falar de aids? 1 () Não 2 () Sim
V45. Você já ouviu falar de Doença sexualmente transmissível (DST)? 1 () Não 2 () Sim
V46. Como você acha que se pega aids? V46.1.Beijo na boca 1() Sim 2 () Não V46.2.Beijo no rosto 1 () Sim 2 () Não V46.3.Abraço 1 () Sim 2 () Não V46.4. Aperto de mão 1() Sim 2 () Não V46.5.Relação sexual com penetração vaginal sem camisinha 1 () Não 2 () Sim V46.6.Sexo oral (com a boca) sem camisinha 1 () Não 2 () Sim V46.7.Sexo anal sem camisinha 1 () Não 2 () Sim V46.8.Sexo durante a menstruação sem camisinha 1 () Não 2 () Sim V46.9.Compartilhar seringa e agulha com pessoas que usam drogas injetáveis 1 () Não 2() Sim V46.10.Compartilhar utensílios domésticos (talheres, copos, pratos) 1() Sim 2 () Não V46.11.Compartilhar roupas íntimas (calcinha, sutiã, toalhas) 1() Sim 2() Não V46.12.Em banheiro público 1() Sim 2() Não V46.13.Picada de inseto 1() Sim 2() Não V46.14.Doação de sangue 1 () Sim 2() Não V46.15.Tatuagens 1() Sim 2() Não
V47. Onde conseguiu essas informações? V47.1.Em casa com os pais 1() Não 2 () Sim V47.2.Em casa com irmãos/irmãs 1() Não 2 () Sim V47.3.Com parceiro 1() Não 2 () Sim V47.4.Com amigos/amigas 1() Não 2() Sim V47.5.Televisão 1() Não 2 () Sim V47.6. Rádio 1() Não 2 () Sim V47.7.Revista 1() Não 2() Sim

APÊNDICE D - CRONOGRAMA

MÊS	ATIVIDADES
Dezembro/2012	Qualificação do projeto de dissertação
Janeiro/2013	Correções das considerações feitas pela banca de qualificação
Fevereiro/2013	Submeter à Plataforma Brasil
Março/2013	Correções de pendências do projeto na Plataforma Brasil
Abril/2013	Solicitar permissão à coordenação ou direção do local da pesquisa para realizá-la Solicitar autorização da Prefeitura do município para realizar a pesquisa
Maió/2013	Tramitação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa Tramitação do projeto na Secretaria Municipal de Saúde Escola
Junho/2013	Realização do pré-teste Reconhecimento do campo de pesquisa Treinamento com os pesquisadores
Julho/ 2013 a Outubro/2013	Correção de pendências junto ao Comitê de Ética em Pesquisa
Novembro/2013	Coleta de dados
Dezembro/2013	Coleta de dados
Janeiro/2014	Coleta de dados Análise dos dados
Fevereiro/2014	Análise dos dados Discussão dos resultados
Março/2014	Revisão final da pesquisa Defesa da dissertação

APÊNDICE E – ORÇAMENTO

MATERIAL	QUANTIDADE	VALOR
Resma de papel ofício	05	175,00
Cartucho para impressora	06	180,00
Pincel	04	40,00
Envelopes grandes	30	60,00
Pen-drive	01	30,00
CD para gravação	05	15,00
Pastas de plástico	04	80,00
Grampeador	01	20,00
Caixa de grampos	04	10,00
Caixa de clips	04	10,00
TOTAL	59	620,00

ANEXOS

ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FATORES ASSOCIADOS AO RISCO E MARCADORES DE VULNERABILIDADE PARA DST/AIDS ENTRE MULHERES EM IDADE FÉRTIL

Pesquisador: Ana Clara Patriota Chaves

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 12103513.1.0000.5534

Instituição Proponente: PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

Patrocinador Principal: FUND COORD DE APERFEICOAMENTO DE PESSOAL DE NIVEL SUP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 446.772

Data da Relatoria: 30/09/2013

Apresentação do Projeto:

A pesquisa enfoca os fatores associados a risco e marcadores de vulnerabilidade para DST/AIDS entre mulheres em idade fértil. Será realizado no ambulatório de HIV/Aids de um hospital referência para doenças infecciosas e em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) na qual funciona a Estratégia de Saúde da Família, em Fortaleza-CE. O estudo se justifica pelo aumento de casos da doença em todo o mundo, por conseguinte, também, na cidade de Fortaleza-CE. A vulnerabilidade da mulher está ligada diretamente a aspectos socioculturais, que a mantém em uma posição passiva em relação ao homem na hora de tomar as decisões sobre sua sexualidade. Os estudos que tratam sobre fatores de risco e vulnerabilidades, sobretudo, no campo da aids, apresentam-se como poderosos recursos para identificar e trabalhar as diferenças sociais na distribuição do adoecimento e de seus determinantes, e isso constitui sua relevância. Trata-se de um estudo caso-controle no qual um grupo tem diagnóstico de HIV/aids (caso) e outro grupo sem o diagnóstico (controle). A população foi limitada pelo número de mulheres em idade fértil desse município em 868.117 mulheres. A amostra será composta por amostragem não probabilística por conveniência correspondente a 174 participantes, sendo 87 mulheres em cada grupo. No grupo caso verificar-se-á os seus status de exposição prévia ao desenvolvimento da doença e o primeiro contato com elas será na consulta de enfermagem no ambulatório de DST/Aids referência no

Endereço: Av. Paranjana, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

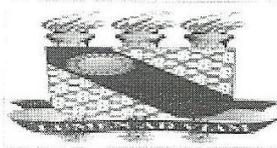
UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: diana.pinheiro@uece.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 446.772

município e na presença do profissional que as acompanham. O grupo controle será formado de igual maneira do grupo caso na Unidade Básica de Saúde que estiverem em sala de espera no serviço de prevenção ginecológica. Os critérios de inclusão são: sujeitos do sexo feminino; idade de 18 a 49 anos, vida sexual ativa; ter diagnóstico de HIV/AIDS (para o grupo caso), ser atendida ou acompanhada em Ambulatório Referência para DST/AIDS ou na Unidade Básica de Saúde; residente no município de Fortaleza; demonstrar disponibilidade para participar do estudo. Serão excluídas mulheres que não tenham condições de responder às perguntas. A coleta dos dados será feita por meio de um questionário estruturado com variáveis indicadoras de exposição prévia a riscos. Os dados serão processados pelo SPSS versão 19.0 e analisados com recursos da estatística descritiva, utilizando-se as frequências (absolutas e relativas) e as medidas paramétricas, tais como, média, moda, mediana, variância e desvio padrão, para a descrição dos resultados. Na parte inferencial os dados serão analisados por meio dos testes de qui-quadrado, teste T, regressão hierárquica e razão de chance. O estudo terá financiamento próprio de R\$ 620,00.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar os fatores associados ao risco e marcadores de vulnerabilidade para DST/aids entre mulheres em idade fértil.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS: A autora afirma que o estudo poderá trazer constrangimento e vergonha à participante, já que envolve perguntas sobre saúde sexual e reprodutiva. Tal risco será minimizado por meio da inserção do pesquisador em campo, criação de vínculo e empatia, garantia de esclarecimentos sobre a pesquisa, garantia de local privado para responder ao questionário da pesquisa, garantia de sigilo da identidade da participante. No mais, a pesquisa apresenta risco mínimo ao ser humano.

BENEFÍCIOS:

O estudo prevê que seus resultados contribuirão para um melhor entendimento sobre a disseminação das DST/AIDS na população feminina. Com isso estratégias preventivas mais pertinentes poderão ser estabelecidas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante e provavelmente contribuirá para um melhor atendimento a essa clientela, visando a redução da transmissão dessas doenças entre mulheres, assegurando ações de promoção da saúde, bem como contribuindo com políticas e práticas em saúde mais eficazes

Endereço: Av. Paranjana, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

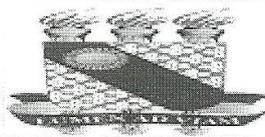
UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: diana.pinheiro@uece.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 446.772

dirigidas ao sexo feminino.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto adequada.

TCLE adequado.

Financiamento próprio.

Declarações de anuência apensadas.

Declaração da pesquisadora e de sua orientadora assegurando que a coleta de dados só terá início após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UECE.

Instrumento de coleta de dados apensado.

Recomendações:

Ao final da pesquisa enviar relatório ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo de pesquisa está bem estruturado, atende aos ditames da Resolução CNS 466/2012.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Os termos de apresentação obrigatória foram disponibilizados adequadamente, e o protocolo apresentado atende aos preceitos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos.

FORTALEZA, 05 de Novembro de 2013

Assinador por:

DIANA CÉLIA SOUSA NUNES PINHEIRO
(Coordenador)

Endereço: Av. Paranjana, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: diana.pinheiro@uece.br