

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**SAÚDE SEXUAL DE MULHERES VIVENDO COM HIV/AIDS NO MUNICÍPIO DE
PORTO ALEGRE – RS**

EMERSON SILVEIRA DE BRITO

PORTO ALEGRE

2017

EMERSON SILVEIRA DE BRITO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**SAÚDE SEXUAL DE MULHERES VIVENDO COM HIV/AIDS NO MUNICÍPIO DE
PORTO ALEGRE – RS**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Barcellos Teixeira

PORTO ALEGRE

2017

EMERSON SILVEIRA DE BRITO

**SAÚDE SEXUAL DE MULHERES VIVENDO COM HIV/AIDS NO MUNICÍPIO DE
PORTO ALEGRE – RS**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

24 de agosto de 2017

BANCA

Profa. Dra. Fernanda Souza de Bairros

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - UFRGS

BANCA

Profa. Dra. Daniela Riva Knauth

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia - UFRGS

BANCA

Prof. Dr. Luis Fernando Alvarenga

Programa de Pós-Graduação em Ensino em Saúde - UFRGS

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Luciana pela paciência, compreensão e motivação nessa caminhada.

À Evelin e Karen, acadêmicas de enfermagem da UFRGS que contribuíram com este trabalho.

À equipe que trabalhou na formulação e coleta de dados da pesquisa “Saúde sexual e reprodutiva de mulheres no contexto da epidemia de HIV/Aids em Porto Alegre” pela oportunidade de trabalhar com os dados que originaram esta dissertação.

À minha família que sempre torce tanto por mim, que confiam no meu potencial e me encoraja a sempre ir mais longe.

Aos colegas da Unidade de Saúde Orfanotrófio que sempre me compreendem e cooperam na construção dos meus objetivos.

Aos meus amigos que pacientemente participaram dos meus dias, me dedicando todas as doses de carinho e atenção.

*Amor é um livro
Sexo é esporte
Sexo é escolha
Amor é sorte*

*Amor é pensamento
Teorema
Amor é novela
Sexo é cinema*

*Sexo é imaginação
Fantasia
Amor é prosa
Sexo é poesia*

*O amor nos torna
Patéticos
Sexo é uma selva
De epiléticos*

*Amor é cristão
Sexo é pagão
Amor é latifúndio
Sexo é invasão*

*Amor é divino
Sexo é animal
Amor é bossa nova
Sexo é carnaval
Oh! Oh! Uh!*

*Amor é para sempre
Sexo também
Sexo é do bom
Amor é do bem*

*Amor sem sexo
É amizade
Sexo sem amor
É vontade*

*Amor é um
Sexo é dois
Sexo antes
Amor depois*

*Sexo vem dos outros
E vai embora
Amor vem de nós
E demora*

*Amor é isso
Sexo é aquilo
É coisa e tal
É tal e coisa
Uh! Uh! Uh!
Ai o amor
Hum! O sexo*

(Amor e sexo – Rita Lee)

CIP - Catalogação na Publicação

de Brito, Emerson Silveira
SAÚDE SEXUAL DE MULHERES VIVENDO COM HIV/AIDS EM
PORTO ALEGRE - RS / Emerson Silveira de Brito. --
2017.

65 f.

Orientador: Luciana Barcellos Teixeira.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS,
2017.

1. HIV/Aids. 2. Saúde Sexual. 3. Feminização. I.
Teixeira, Luciana Barcellos, orient. II. Título.

RESUMO

SAÚDE SEXUAL DE MULHERES VIVENDO COM HIV/AIDS EM PORTO ALEGRE – RS

Introdução: A epidemia da Aids é um fenômeno complexo e que consiste num desafio cotidiano aos serviços de saúde. A feminização da epidemia, que se caracteriza pela redução da razão homem/mulher infectado pelo vírus, está associada a diversos fatores, dentre os quais, o contexto de vulnerabilidade individual, social e programática que se torna determinante neste processo para as mulheres. Atualmente estima-se que as mulheres representam 51% do total de infectados e a infecção pode interferir na saúde sexual dessas mulheres. O objetivo deste estudo é analisar especificidades da saúde sexual de mulheres heterossexuais vivendo com HIV/Aids na cidade de Porto Alegre – RS, comparando-as com mulheres sem este diagnóstico. **Método:** Trata-se de um estudo com delineamento transversal, com mulheres de 18 a 49 anos, com dois grupos comparativos: mulheres vivendo com HIV/Aids (MVCHA) recrutadas em serviços especializados, e mulheres sem HIV/Aids (MVSHA) oriundas de serviços da atenção básica. Comparações estatísticas foram conduzidas através do teste de homogeneidade de proporções, baseado na estatística de qui-quadrado de Pearson ou Fisher ou teste T Student. Estas análises foram realizadas no programa SPSS. Posteriormente, utilizou-se o programa STATA para a análise ponderada, considerando o desenho amostral complexo. Considerou-se o nível de significância de 5% em todas as análises. O projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa das instituições envolvidas. **Resultados:** Foram incluídas 1.326 mulheres no estudo, 686 no grupo MVCHA e 640 no grupo MVSHA. Diferenças foram observadas entre os grupos quanto à faixa etária ($p < 0,001$), mulheres de 18 a 24 anos eram 8,6% do grupo MVCHA e 31,1% do grupo MVSHA, enquanto que com 40 ou mais anos havia 34,1% e 20,9% respectivamente. Quanto à escolaridade, 54,7% das MVCHA e 44,8% das MVSHA possuía até 8 anos de escolaridade ($p = 0,009$). Houve diferença estatística quanto à renda familiar ($p < 0,001$), no grupo MVCHA mais de 50% possuía renda de até um salário mínimo e no grupo MVSHA 56,4% possuía renda familiar superior a 2 salários mínimos. Quanto ao uso de preservativo, 63,7% das MVCHA não utilizaram preservativo na primeira relação sexual enquanto que no outro grupo 36,3% ($p < 0,001$). Mais da metade das MVCHA tiveram até cinco parceiros sexuais na vida e 71% das MVSHA tiveram um parceiro sexual na vida ($p < 0,001$). A prática de sexo em troca de dinheiro foi de 11,2% e 3,9% nos grupos com e sem HIV/Aids ($p < 0,001$). Ocorrência de IST durante a vida foi verificada em 7,5% das MVCHA e 4,4% das MVCHA ($p = 0,018$). **Considerações finais:** Este estudo evidencia diferenças quanto ao perfil sócio demográfico e de saúde sexual de mulheres com e sem HIV, especificamente quanto à renda, o não uso do preservativo na primeira relação sexual, o número de parceiros sexuais na vida, a realização de sexo em troca de dinheiro e a ocorrência de IST. A saúde sexual das MVCHA é um fenômeno complexo e as variáveis estudadas evidenciam um contexto de vulnerabilidade, especialmente no que concerne ao comportamento sexual. O conhecimento de características específicas da saúde sexual oportuniza a atuação dos serviços de saúde e fornece evidências para ações de políticas públicas para o enfrentamento do HIV/Aids, especialmente no que tange às características apresentadas neste estudo.

Palavras-chave: HIV/Aids. Feminização. Saúde sexual.

ABSTRACT

SEXUAL HEALTH OF WOMEN LIVING WITH HIV/AIDS IN PORTO ALEGRE – RS

Introduction: The Aids epidemic is a complex and is a daily challenge to health services. The epidemic's feminization, which is characterized by the reduction of the man/women HIV infection ratio is associated with diverse factors as individual, social and programmatic vulnerability that becomes determinant in this process. Currently, it is estimated that women represent 51% of all infected people in the world and this infection may interfere in their sexual health. The objective of this study is to analyse specific characteristics of sexual health of heterosexual women living with HIV infection in Porto Alegre city – RS, comparing them with women without this diagnosis, in order to meet predictive factors associated with HIV infection. **Method:** This is a study with cross-sectional delineation with women from ages 18 to 49 years, with two comparative groups: women living with HIV/Aids (MVCHA), recruited in specialized services and women living without HIV/Aids (MVSHA) in the basic attention services. Statistical comparisons were conducted through the homogeneity test of proportions, based on statistics of Pearson Chi-square or Fisher. These analyzes were performed in the SPSS program. Subsequently, the STATA program was used for the weighted analysis, considering the complex sample design. The level of significance of 5% was considered in all the analyzes.. The project was approved by research ethics committees of the institutions involved, and the execution was funded by the CNPq. **Results:** 1,326 were included in the study, women in the Group MVCHA 686 and 640 in the MVSHA group. Differences were observed between the groups as the age group ($p < 0.001$), 18 to 24-year-old women were 8.6% 31.1% MVCHA group and MVSHA group, while with 40 or more years there were 34.1% and 20.9% respectively. As for education 54.7% and 44.8% of the MVCHA and MVSHA had up to 8 years of education ($p = 0.009$). There was statistical difference concerning the family income ($p < 0.001$), within the Group MVCHA more than 50% owned income up a minimum wage and the Group MVSHA 56.4% of women had family income exceeding 2 minimum wages. As for condom use, 63% of the MVCHA did not use a condom at first intercourse while in another group this value was 36.3% ($p < 0.001$). More than half of the MVCHA had up to five sexual partners in life and 71% of MVSHA had a sexual partner in life ($p < 0.001$). The practice of sex in Exchange for money was of 11.2% and 3.9% in groups with and without HIV/Aids ($p < 0.001$). Occurrence of STIS during life was verified in 7.5% of the 4.4% MVCHA and another group ($p = 0.018$). **Final considerations:** This study highlights differences in the socio demographic profile and the sexual health of women with and without HIV, considering how much the rent, no use of condom at first sex, the number of sexual partners in life, the exchange of sex for money and the occurrence of IST. Therefore, the sexual health of MVCHA is a complex phenomenon with variables that show a context of vulnerability facing the sexual behavior of these women. The knowledge of specific characteristics of sexual health favors/benefits the performance of health services to women and provides evidence for public policies aimed at fighting HIV in Porto Alegre, especially regarding the features presented in this study.

Keywords: HIV Aids. Feminization. Sexual health.

LISTAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ARV – Antirretroviral

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

IST – Infecção Sexualmente Transmissível

HIV – Vírus da Imunodeficiência Adquirida

MVCHA – Mulheres vivendo com HIV/Aids

MVSHA – Mulheres vivendo sem HIV/Aids

SAE – Serviço de atendimento especializado

SICLOM – Sistema de Controle Logístico de Medicamentos

SIM – Sistema de Informação de Mortalidade

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

STATA – *Data Analysis and Statistical Software*

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

TARV – Terapia Antirretroviral

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNAIDS – United Nations Program on HIV/Aids

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

OMS/WHO – Organização Mundial da Saúde/*World Health Organization*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO DA LITERATURA	14
2.1 Panorama do HIV/Aids	14
2.2 Epidemiologia.....	16
2.3 HIV/Aids em mulheres.....	18
2.4 Políticas públicas de enfrentamento do HIV/Aids	22
2.5 Saúde Sexual das mulheres	25
3 OBJETIVOS	29
3.1 Objetivo Geral	29
3.2 Objetivos específicos.....	29
4 METODOLOGIA.....	30
4.1 População pesquisada e cálculo amostral.....	30
4.2 Locais de Realização da Pesquisa	32
4.3 Logística do Trabalho de Campo.....	32
4.4 Análise dos Dados	32
4.5 Aspectos Éticos	33
5 RESULTADOS	34
6 DISCUSSÃO	41
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
REFERÊNCIAS	53
ANEXO 1: APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFRGS.....	64
ANEXO 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	65

1 INTRODUÇÃO

Após 30 anos da descoberta do vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) em humanos, ainda é um desafio compreender e manejar as especificidades relacionadas a este agravo e seu comportamento ao longo de sua evolução (VILLELA; BARBOSA, 2015). Estimativas apontam que existem 36, 7 milhões de pessoas vivendo com HIV/Aids mundialmente, e mesmo com o avanço no manejo da infecção, a pandemia se mantém como um problema latente (KAPLAN et al., 2015).

Associada, inicialmente, a uma doença de gays e homens que fazem sexo com homens (HSH), a síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids) teve sua concepção cercada de paradigmas e preconceito, além da sua associação com morte iminente (GRECO et al., 2007; SEIDL; RIBEIRO; GALINKIN, 2010; PAIVA et al., 2011). Os avanços no conhecimento para o enfrentamento da doença trouxeram uma redução significativa nos índices de mortalidade, especialmente a partir de 1996, com a disponibilização gratuita da terapia antirretroviral, o que desconstruiu o mau prognóstico da doença e trouxe novas expectativas para as pessoas vivendo com o vírus (ROCHA; VIEIRA; LYRA, 2013; SEIDL; RIBEIRO; GALINKIN, 2010; GARCIA; KOYAMA, 2008).

Ao longo do tempo, essas novas perspectivas incluíram o manejo clínico de pessoas vivendo com HIV. A partir disso, foi possível perceber mudanças significativas no perfil epidemiológico no decorrer dos anos. Entre as mudanças observadas, está a disseminação da doença entre grupos, que até então, não eram considerados de risco, como mulheres, heterossexuais e pessoas em relacionamento estável (SANTOS, et al., 2002; SCHUELTER-TREVISOL et al., 2013). Esta foi uma das questões que fez com que se extinguisse o uso da expressão grupos de risco, utilizando-se o conceito de comportamento de risco referente ao risco de contaminação pelo vírus, relacionado às práticas sexuais.

As diversas transformações observadas ao longo dos anos, no perfil das pessoas infectadas, ampliou a discussão da transmissibilidade, que era restrita às questões biológicas, para um conjunto de fatores que envolvem questões sociais, econômicas, biológicas e psíquicas, e que atualmente caracterizam o perfil de vulnerabilidade dos acometidos (GANGREIRO et al., 2012; DUARTE; PARADA; SOUZA, 2014).

A heterossexualização, feminização, interiorização e a pauperização da doença são alguns dos fenômenos que apontam o perfil de vulnerabilidade e que demandou novas abordagens para a adoção de medidas de enfrentamento em populações que não eram

tradicionalmente acometidas. Esses fenômenos evidenciaram a disseminação do vírus nas nações, retratando a magnitude deste problema de saúde pública (ROCHA; VIEIRA; LYRA, 2013; CARLSSON-LALLOO et al., 2016).

A feminização da doença, que se caracteriza pela redução da razão homem/mulher infectado pelo HIV, está associada a diversos fatores que colocam a mulher em condição de vulnerabilidade para a aquisição do vírus, comparativamente aos homens. Dentre as mulheres, maiores taxas de detecção ocorrem naquelas em idade reprodutiva. Isto representa um desafio aos serviços de saúde, em relação à saúde sexual e aos aspectos reprodutivos. Em relação à saúde sexual porque é preciso entender o contexto de vida das mulheres e a ocorrência da sexualidade, dentro do paradigma dos direitos sexuais, para oferecer suporte para a saúde sexual. Em relação aos aspectos reprodutivos, para que seja ofertada informação adequada, para as tomadas de decisões de saúde reprodutiva, na perspectiva dos direitos reprodutivos. Ainda sobre este aspecto, é necessário considerar a possibilidade de transmissão vertical e manejo do pré-natal, dentro dos protocolos previstos (BRASIL, 2011a).

Os cuidados em saúde, o comportamento frente às questões sexuais ao longo da vida, as questões de gênero podem modificar o olhar da mulher sobre seu corpo e seu papel dentro da sociedade (VILLELA; BARBOSA, 2015), e são fatores que podem estar associados com a infecção pelo HIV. A análise da saúde e do comportamento sexual de mulheres que vivem com HIV/Aids, objeto deste estudo, busca entender fatores específicos desta população – antes e após o diagnóstico, com vistas a fornecer subsídios para os serviços de saúde, de forma que o serviço possa ofertar atenção à saúde destas mulheres de forma mais oportuna, frente ao conhecimento de questões relacionadas com a doença. Ainda, considerando questões como preconceito e discriminação, o conhecimento de características específicas da saúde sexual de mulheres vivendo com HIV/Aids, pode, numa perspectiva mais ampla, auxiliar a percepção da mulher sobre seu corpo e reorientar a sexualidade nesta nova condição de saúde, bem como auxiliar nos serviços de saúde no encaminhamento de demandas específicas relacionadas à saúde sexual e contextos de vida dessas mulheres.

Este estudo se constitui de um subprojeto oriundo de uma pesquisa de maior abrangência intitulada “Saúde sexual e reprodutiva de mulheres no contexto da epidemia de HIV/Aids em Porto Alegre”, que foi desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. O estudo utilizou metodologia mista – quantitativa e qualitativa. Esta dissertação foi conduzida com dados originais, cedidos pelos pesquisadores, que foram coletados no ano de 2011, e encontram armazenados em um banco de dados específico, nos arquivos de pesquisas realizadas no grupo de pesquisa Saúde e Gênero (SAGE), que tem

como integrante a professora orientadora deste trabalho. Portanto, esta dissertação é fruto de uma parceria entre o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e o Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, ambos da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O projeto de origem foi aprovado em 2009 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS e das instituições envolvidas, e a execução deste grande estudo foi financiada pelo CNPq, na época, através de edital Universal. A dissertação apresenta a revisão da literatura, a metodologia aplicada do estudo que foi desenvolvido, os resultados sistematizados em tabelas, a discussão e as considerações finais deste trabalho. Documentos de apoio são apresentados em anexo.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Panorama do HIV/Aids

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids¹), causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), ampliou a magnitude das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e fomentou a discussão sobre novas abordagens de prevenção de doenças de transmissão sexual. Com os primeiros registros em 1981, nos Estados Unidos, a Aids se transformou num fenômeno global, dinâmico e instável (BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2001; ARAÚJO et al., 2012).

O dinamismo da doença e seu rápido crescimento em um curto período, associado a seus altos índices de mortalidade modificou o cenário das doenças transmissíveis. No surgimento da epidemia, acreditava-se que as doenças infecciosas estavam controladas dentro dos parâmetros de vigilância epidemiológica e de controle de doenças, considerando-se as tecnologias disponíveis na época (REIS; SANTOS; CRUZ, 2007; VILLARINHO et al., 2013).

As intensas transformações do perfil de doentes, o comportamento dos dados observados a partir de séries históricas, o desconhecimento sobre causas, fatores de risco e acometimento de grupos específicos, geraram uma mobilização pública diante de um novo panorama que se construía. Posteriormente, a descoberta de seu caráter altamente transmissível e sua associação ao sexo mobilizou os serviços públicos de controle de doenças na busca por respostas e controle desta nova epidemia que surgia (GRECO, 2008).

Com grande destaque como um problema de saúde na década de 80, a Aids foi inicialmente identificada em gays, bissexuais e homens que fazem sexo com homens, por isso foi caracterizada como uma doença de gays e este grupo foi inicialmente chamado de “grupos de risco”. Visto que, o óbito por Aids, no período de sua descoberta era rápido, o medo tanto do contágio, quanto da convivência com pessoas infectadas pelo vírus, associado ao desconhecimento sobre a transmissão, gerou uma imagem carregada de estigma e preconceito que ainda reflete na sociedade atual (GRECO et al., 2007; PAIVA et al., 2011). As terminologias de classificação relacionada ao HIV sofreram adaptações para uma melhor concepção e definição de estratégias. O termo “grupos de risco” entrou em desuso também por desconsiderar fatores inerentes e determinantes de diferentes situações de saúde e por ser

¹ **Aids**, fem. Sin. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Doença clínica decorrente de um quadro de imunodeficiência causado pelo HIV de tipos 1 e 2 (BRASIL, 2006).

discriminatório, não traduzindo o fenômeno relacionado à transmissão do HIV. A mudança de terminologia facilitou a compreensão sobre determinantes da epidemia que expressava o comportamento das pessoas que iria impactar nas altas taxas na população (SANTOS et al., 2009; BRASIL, 2006). Com as diversas mudanças no cenário da epidemia os chamados “grupos de risco” não contemplavam a evolução da epidemia, na reorganização de conceitos, além de identificação do comportamento de risco, passou-se ainda a considerar o contexto de vida das pessoas infectadas, considerando questões individuais, culturais, socioeconômicas e religiosas que melhor explicam as relações de contágio na população em geral e que nortearam o conceito de vulnerabilidade frente à Aids (TOLEDO; TAKAHASHI; DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO, 2011; GARCIA; SOUZA, 2010; AYRES, 2011), que também é adotado nesta dissertação.

A infecção pelo vírus HIV representa um marco no cenário nosológico global. Com altas taxas de incidência e fatores determinantes inicialmente desconhecidos, a doença rapidamente se consolidou como um grande problema de saúde pública, determinado por sua grande capacidade de disseminação e altos índices de hospitalização e mortalidade, por complicações relacionadas às doenças oportunistas, características da Aids² (SCHUELTER-TREVISOL et al. 2013).

No fim dos anos 80, com o avanço da epidemia e seu potencial amplamente transmissivo, rapidamente a doença atingiu outros grupos, como os usuários de drogas injetáveis (pelo compartilhamento de seringas), os hemotransfundidos (pela inexistência de teste para identificar o vírus no sangue doado) e os profissionais do sexo (pela falta de uso do preservativo). Com a descoberta dos mecanismos de transmissão e das formas de contágio da doença, ao longo dos anos, ações específicas de saúde foram sendo realizadas para o controle da Aids nos grupos supracitados (BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2001; VIEIRA et al., 2014).

No que concerne à escolaridade dos acometidos, inicialmente os casos de Aids eram mais comuns entre homens que fazem sexo com homens (HSH) com ensino médio e superior completo, atingindo uma população com mais anos de estudo. Com o passar dos anos, com as diversas modificações no comportamento da epidemia, houve a disseminação para toda a população e uma tendência progressiva de crescimento de casos em indivíduos com menor escolaridade. A literatura evidencia que a baixa escolaridade está associada às práticas sexuais não seguras, pois a frequência de uso do preservativo aumenta quanto maior a escolaridade

² A Aids caracteriza-se por supressão profunda da imunidade mediada, principalmente por células T, resultando em infecções oportunistas, neoplasias secundárias e doenças neurológicas (BRASIL, 2006).

(BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2001; SILVA et al., 2015).

Para o enfrentamento da doença foram desenvolvidas campanhas específicas a partir das políticas preventivas, com ênfase no uso do preservativo masculino, e, direcionadas principalmente para os chamados “grupos de risco”. Com a disseminação da epidemia, observaram-se mudanças significativas no perfil sociodemográfico dos acometidos pela doença, afetando principalmente homens e mulheres heterossexuais, sendo este fenômeno definido como heterossexualização da epidemia (VILARINHO et al., 2013; CARLSSON-LALLOO et al., 2016). A partir deste fenômeno, a política de enfrentamento se expandiu e as ações de saúde foram reformuladas tendo em vista atingir toda população.

2.2 Epidemiologia

Com características singulares e específicas nas diferentes regiões do mundo, estima-se que 36,7 milhões (34,0 milhões - 39,8 milhões) de pessoas estejam vivendo com HIV/Aids (UNAIDS, 2016). Apesar de ser observada uma estabilização no crescimento da doença nos últimos anos, são esperados nos próximos 15 anos, 70 milhões de casos em todo o globo. Esta estimativa remete a necessidade de constantes investigações sobre a doença, tendo em vista que ela apresentou características diferentes ao longo do tempo (PINTO et al., 2007).

No Brasil, o Ministério da Saúde estimou em 2015, que há de 0,4 a 0,7% da população adulta de 15 a 49 anos vivendo com HIV/Aids. Até janeiro de 2015 foram estimados 830 mil casos de Aids, somando-se dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e associando-se a outros sistemas de informações nacionais com registros subnotificados, como o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM). Estima-se também 34 mil novos casos de HIV por ano e que 15 mil pessoas morram anualmente por causas relacionadas à Aids (VIEIRA et al., 2014; UNAIDS, 2016).

As regiões Sul e Sudeste do Brasil concentram proporcionalmente a maior quantidade de registro de casos. No Rio Grande do Sul, mesmo com uma redução na taxa de detecção, de 42,3casos/100 mil habitantes em 2012 para 38,3 casos/100 mil habitantes em 2014, os registros ainda são maiores que o do Brasil, com 19,7 casos/100 mil habitantes em 2014 (BRASIL, 2015). Porto Alegre é a capital com maior taxa de detecção da Aids no Brasil, com uma taxa de 89,7 casos/100 mil habitantes. A via de transmissão mais comum é a heterossexual em mulheres maiores de 13 anos, que corresponde a 97,1% do total de casos (BRASIL, 2016).

A mortalidade por Aids está associada a uma diversidade de fatores, entre eles o diagnóstico tardio, a não adesão ao tratamento ou tratamento inadequado e a combinação com outras doenças oportunistas, como a pneumonia, a tuberculose e outras ISTs. Dentre as complicações mais comuns está a ocorrência de tuberculose, caracterizando um quadro chamado de coinfeção. A ocorrência da coinfeção se dá em função da própria infecção pelo HIV, que aumenta em 25 vezes a suscetibilidade para tuberculose, quando comparada a indivíduos não infectados. O risco de morte é duas vezes maior em pacientes coinfectados, fator que exige uma atenção mais específica às doenças associadas, tendo em vista a complexidade do quadro de saúde associado à dupla carga de doença e a necessidade de adesão a dois tratamentos (JAMAL; MOHERDAUI, 2007; CHEADE et al., 2009; NEVES et al., 2012; SAITA; OLIVEIRA, 2012).

De acordo com dados da UNAIDS, de 2010 a junho de 2016, aproximadamente 1 milhão de pessoas, maiores de 15 anos, morreram em decorrência de complicações da Aids no mundo. No Brasil, foram registrados, entre 1980 e 2012, 265.698 óbitos pela doença; destes, 28,4% ocorreram em mulheres. A razão de sexos dos óbitos por Aids vem se mantendo constante, sem apresentar grandes variações nos últimos 10 anos, sendo representada por 1,9 óbitos em homens para 1 óbito em mulheres. De 1980 a 2015 foram registrados em território brasileiro 303 mil óbitos por Aids, o que representou uma taxa de mortalidade de 5,6 óbitos/100 mil habitantes em 2015. De todos os estados do Brasil, o maior coeficiente de mortalidade é no Rio Grande do Sul, que apresenta 10,2 óbitos/100 mil habitantes. Entre as mulheres, observa-se redução na taxa de mortalidade nas faixas etárias de 20 a 34 anos. Em outras faixas etárias observou-se um aumento no período entre 2003 e 2012, com destaque para mulheres de 60 anos ou mais, com uma elevação de 81,3% (BRASIL, 2014; BRASIL, 2016; UNAIDS, 2016).

Os rumos da epidemia no Brasil podem ser representados pelo maior acometimento em populações com baixo nível de escolaridade e baixa renda (pauperização); migração para cidades de pequeno e médio porte (interiorização); aumento dos casos entre pessoas de orientação sexual hetero (heterossexualização); e aumento de casos entre mulheres (feminização) (DOURADO et al., 2006). De acordo com o último Boletim Epidemiológico, 70,8% dos casos diagnosticados em 2016 tinham menos de 11 anos de estudo e 39,1% dos óbitos em decorrência da Aids não tinham ensino fundamental completo. Quanto à orientação sexual, 36,7% dos homens e 95,9% das mulheres eram heterossexuais (BRASIL, 2016).

Para uma análise adequada da situação epidemiológica, assim como para a tomada de decisões e para a programação de ações em saúde, torna-se necessário a disponibilidade de

informações com base em dados válidos e confiáveis. Neste contexto, um dos indicadores bastante utilizados para mensuração das diferenças entre homens e mulheres é a razão entre os sexos, que como já foi apresentado, mostra diferenças em termos de detecção (acometimento) e de óbito. A Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) conceitua que razão entre os sexos explora a relação quantitativa entre os sexos, sendo influenciado diretamente por taxas de migração e mortalidade diferenciadas por idade e sexo. Os dados gerados por esse indicador são utilizados para identificar necessidades do estudo de gênero sobre fatores condicionantes das variações encontradas (REIS; SANTOS; CRUZ, 2007; BRASIL, 2008).

A relação de casos de Aids no Brasil entre homens e mulheres apresentou grandes mudanças desde sua observância na linha temporal. Com 548.850 (65,1%) casos de Aids em homens e 293.685 (34,9%) em mulheres de 1980 a junho de 2016. Quanto à taxa de detecção, estimativas apontam uma tendência de crescimento entre homens e redução gradual entre mulheres. Nos últimos dez anos houve uma tendência de crescimento entre homens, em 2006, a taxa foi de 24,1 casos por 100 mil habitantes, a qual passou para 27,9 em 2015, representando um aumento de 15,9%. Entre as mulheres, observa-se tendência de queda dessa taxa nos últimos dez anos, que passaram de 15,8 casos por 100 mil habitantes em 2006, para 12,7 em 2015, representando uma redução de 19,6%. Considerando a razão entre os sexos, dados apontam uma proporção de 21 homens para 1 mulher infectada no ano de 1985, 2,6 casos de homens para 1 mulher em 1998, e 1,6 casos em homens para um caso em mulher em 2009 (BRASIL 2016; UNAIDS, 2016).

As mudanças na história natural da doença demonstraram um avanço de novos casos entre mulheres, com aumento constante no Brasil e no mundo. Atualmente estima-se que as mulheres representam 51% do total de infectados em todos os continentes. Mesmo considerando fatores regionais, as altas taxas de detecção entre mulheres é uma questão que precisa ser mais estudada (UNAIDS, 2016).

2.3 HIV/Aids em mulheres

Com seu rápido crescimento entre as mulheres, a epidemia do HIV gerou uma alerta para a adoção de medidas preventivas buscando atingir também esse grupo. Até 1986, a transmissão era predominantemente sexual entre mulheres parceiras de homens que fazem sexo com homens (HSH) e homens transfundidos. No final da década de 80 cresceram os casos de Aids entre mulheres usuárias de drogas injetáveis. Do início dos anos 90 até os dias atuais observa-se o aumento da transmissão heterossexual e aumento do número de casos de

Aids em mulheres com relações estáveis. Este conhecimento remete à necessidade de considerar peculiaridades nesse grupo e mobilizar ações para o enfrentamento da doença dentro do novo perfil evidenciado (SANTOS et al., 2009; PAIVA et al., 2002; TEIXEIRA et al., 2017).

O número de casos de Aids entre mulheres aumentou progressivamente desde o início da epidemia, e esse processo foi documentado não só no Brasil, mas em outros países também. Globalmente, as estimativas da UNAIDS indicam que as mulheres já representam 51% dos adultos acima de 15 anos vivendo com HIV/Aids, proporção que muda consideravelmente conforme as regiões analisadas (WINGOOD, 2003; UNAIDS, 2017).

A epidemia do HIV/Aids entre as mulheres deve ser compreendida considerando-se as diferenças de gênero e a possível vulnerabilidade da mulher (TEIXEIRA et al., 2013; TEIXEIRA et al., 2017). O conhecimento destes conceitos possibilita intervenções na cadeia de transmissão entre as mulheres. As relações de gênero são capazes de determinar a saúde e a doença das mulheres por influenciar diretamente o comportamento diante do autocuidado. Reconhecendo que as relações afetivo-sexuais das mulheres são normalmente pautadas no amor, este sentimento leva a acreditar na proteção multidimensional, fator que pode limitar o uso de preservativo e se tornar um fator de risco para aquisição de ISTs. A vulnerabilidade feminina está associada à subordinação da mulher ao desejo masculino, normalmente sendo determinada por relações conflituosas da própria sexualidade (BOTTI et al., 2009; GARCIA; SOUZA, 2010; DUARTE; PARADA; SOUZA, 2014).

Diversos fatores podem estar associados à ocorrência da infecção em mulheres e a soma destes fatores de risco aponta o contexto de vulnerabilidade ao HIV/Aids, entre eles, a educação e o acesso à informação e aos serviços de saúde, questões de gênero e raça/cor, crenças religiosas e posicionamento frente à sexualidade. A compreensão destes fatores é fator fundamental para uma melhor concepção da epidemia, bem como para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento (PAIVA et al., 2002; TAQUETTE; RODRIGUES; BORTOLOTTI, 2015).

Considerando o contexto histórico, a mulher enfrenta barreiras de vivenciar a saúde sexual em sua plenitude, as cobranças sociais e o machismo são elementos que se projetam na nossa sociedade, como um fator limitante de sua expressão sexual. Desde o início da vida sexual as mulheres são cobradas quanto a sua postura, ensinadas a como devem se comportar e induzidas a ter um comportamento sexual padronizado e restrito. A imposição da necessidade de se ter um único parceiro sexual, os tabus relacionados à virgindade e a sua expressão sexual, a forma de se comportar gera barreiras psíquicas que podem ser um fator

gerador do medo, além de favorecer situações de violência e discriminação (AYRES, 2011; SOUTO et al., 2012; RODRIGUES; PERREAULT, 2013).

Além das questões supracitadas, que podem influenciar na dinâmica das práticas sexuais e no comportamento sexual das mulheres, as desigualdades econômicas, sociais e culturais são fatores que aparecem relacionados à epidemia do HIV, sobretudo no que se refere à infecção feminina. As mulheres da África Subsaariana e no Caribe são as mais afetadas pelo vírus, o que remete a necessidade de abordar a desigualdade de gênero como um componente que contribui para o crescimento da epidemia do HIV/Aids entre mulheres nestes contextos (LOFTI et al., 2013). No Brasil, a proporção de mulheres infectadas em idade fértil é elevada e a proporção de mulheres infectadas em geral está cada vez mais próxima da proporção dos homens contaminados. Já na faixa etária dos 13 aos 19 anos, as mulheres representam maior percentual em relação aos homens (BRASIL, 2016).

As práticas sexuais entre jovens têm se iniciado cada vez mais cedo, com uma média de 15 anos em mulheres e 14 anos em homens (HUGO et al., 2011). A dinâmica das práticas sexuais entre jovens tem gerado um impacto importante na saúde, com aumento da taxa de fecundidade entre jovens de 15 a 19 anos e aumento de casos diagnosticados de HIV neste grupo (BORGES; SCHOR, 2005).

A desigualdade do gênero pode limitar a mulher de negociar práticas sexuais seguras, principalmente quando estas se dão dentro de um contexto estável, o uso do preservativo em todas as relações é um elemento a ser considerado, pois, esta prática entra em desuso quando a mulher se sente segura e protegida dentro de uma relação de confiança (HAHM; LEE, 2012; RODRIGUES; PERREAULT, 2013; LEAL; KNAUTH; COUTO, 2015; SANTOS; SCHOR, 2015).

O uso do preservativo é uma discussão necessária entre mulheres, fator básico para prevenção da infecção. Muitas vezes o uso deste recurso depende da vontade do parceiro, e a tentativa de negociação do uso do preservativo por parte da mulher pode gerar desconfiança no parceiro. A baixa adesão a este método pode estar associada a diversos fatores citados na literatura (TEIXEIRA, 2012; LOFTI et al., 2013; TEIXEIRA et al., 2013; CARLSON-LALLOO et al., 2016), entre os quais estão o relacionamento com único parceiro, a diferença de idade entre a mulher e o parceiro na primeira relação sexual, o uso de outros métodos contraceptivos, o uso de álcool antes das relações, não ter o preservativo disponível no momento do ato, e a própria dificuldade de negociação.

Visto a possível desigualdade de gênero, em termos de negociação quanto ao uso do preservativo, as mulheres parecer ser menos capazes de exercer controle sobre seus corpos.

Muitos homens não aceitam o uso do preservativo por associar a mulheres “da rua” e por associar a falhas na confiança e na boa relação do casal, ou seja, o uso do preservativo passa a ser visto como uma possibilidade de promiscuidade relativa ao comportamento da mulher (PAIVA et al., 2002).

Diversos fatores contribuem para um quadro de vulnerabilidade nos quais as mulheres podem estar inseridas quanto à possibilidade de infecção pelo HIV. Existem fatores individuais (valores, crenças, conhecimento, comportamento, atitude, rede de apoio, situação física e emocional), sociais (relações de gênero, acesso à educação, cultura, lazer, cidadania, normas sociais, culturais e econômicas) e programáticos (questões institucionais, políticas públicas, compromissos políticos, integralidade e equidade) (TEIXEIRA, 2012; RODRIGUES; PERRAULT, 2013).

Apesar dos aspectos apresentados que remetem aos contextos nos quais as mulheres podem estar inseridas, que incluem questões de gênero e vulnerabilidade, é preciso ainda considerar as questões que envolvem as mulheres já infectadas. O impacto do diagnóstico da infecção pelo HIV modifica diversos parâmetros individuais e coletivos no indivíduo, atravessando questões como sua relação com o corpo, a forma de concepção de vida e morte e seu papel frente à sociedade. Todos estes aspectos vão influenciar, de alguma forma, as práticas sexuais das mulheres (SOUTO et al., 2012).

A contaminação pelo HIV vem carregada de estigmas e demandas que transformam a percepção das mulheres sobre seu corpo, relacionamento sexual e seu papel na sociedade. O diagnóstico do vírus pode gerar grande impacto na mulher passando a redefinir os rumos da vida o que reflete diretamente nas relações com as parcerias sexuais, a satisfação sexual e a visão sobre a reprodução (GARCIA; KOYAMA, 2008). Em casais sorodiscordantes o medo de contaminar o outro pode interferir na plenitude sexual, o conhecimento estratégias combinadas com associação do uso adequado dos antirretrovirais e o preservativo contribuem para a segurança do ato e reduz o medo de contaminar o parceiro. Com aumento da expectativa de vida e as novas perspectivas do tratamento da doença. Com o uso do preservativo masculino em todas as relações o risco de transmissão do HIV pode chegar a quase zero. As dificuldades no uso do preservativo, na maioria das vezes, são associadas a questões de gênero, relações de poder, diminuição do prazer, falta de confiança e idade avançada. Em alguns casos o uso de preservativos pode ser substituído por práticas desprotegidas de menor risco, como o sexo oral (REIS; GIR, 2010; HALLA, et al., 2015).

2.4 Políticas públicas de enfrentamento do HIV/Aids

Tendo reconhecido a ocorrência de uma pandemia de HIV/Aids, diversas ações públicas foram instaladas, na busca de conter os avanços da doença e a morte de pessoas infectadas mundialmente. Foi neste contexto que ocorreu a expansão do acesso à terapia antirretroviral (TARV), que possibilitou mudanças no perfil de morbimortalidade da epidemia da Aids, aumentando a expectativa de vida, e garantindo assim, novas perspectivas no enfrentamento da doença. Com patente internacional, os medicamentos antirretrovirais (ARV) passaram a ser distribuídos mundialmente, reduzindo de forma drástica a mortalidade precoce pela doença (GALVÃO, 2002; CECCATO et al., 2008; ROSSI et al., 2012).

Historicamente, o Brasil destacou-se no cenário internacional quanto às ações de combate a Aids. O primeiro medicamento para o tratamento da Aids foi a zidovudina (AZT), inicialmente aprovado para essa indicação em 1987, contudo, a disponibilização pelo Ministério da Saúde no Brasil ocorreu em 1991. Nesse período, as empresas farmacêuticas lançaram novos medicamentos para o controle da Aids, pois a monoterapia passou a ser considerada ineficiente, marcando o início da recomendação de terapia combinada (conhecida como “coquetel”) em nível internacional (SOUZA; ALMEIDA, 2003;).

Os atrasos na incorporação dos novos esquemas no sistema público de saúde brasileiro levaram os indivíduos à busca por soluções na esfera judicial. A partir de 1996, as primeiras ações judiciais de garantias individuais começaram a ser ajuizadas, com decisões favoráveis à pessoas que viviam com Aids, baseadas no direito à saúde e à vida, a partir dos pressupostos da Constituição Federal e da Lei Orgânica de Saúde nº 8.080 de 1990 (SCHEFFER; SALAZAR; GROU, 2005).

Em 1996, o Brasil foi um dos primeiros países a fornecer tratamento antirretroviral (TARV) gratuito e universal pelo sistema público de saúde para pessoas que viviam com Aids, contudo, esta grande ação de saúde pública não foi fácil, pois encontrou grande entrave frente a legislação brasileira vigente na época e o interesse internacional da indústria farmacêutica. Entre 1990 e 1996 houve um período de grandes debates e discussões nacionais acerca da quebra de patentes para produção de medicamentos. Na época, a lei de propriedade industrial vigente no Brasil (Lei nº 5.772/71) não incluía o reconhecimento de patentes para produtos e processos farmacêuticos.

Em 1994, foi assinado o acordo sobre os Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (Acordo TRIPS ou Acordo ADPIC), o qual estabeleceu a obrigatoriedade de reconhecimento da propriedade intelectual para todos os campos

tecnológicos, incluindo o setor farmacêutico. A partir deste marco, que se criou no Brasil a nova Lei de Propriedade Industrial (Lei 9.279/96), tornando possível a viabilização do acesso a medicamentos por meio da produção local a preços acessíveis. (OLIVEIRA; ESCHER, 2004; ABIA, 2006).

Além das questões de judicialização de ações individuais já citadas, a sociedade civil teve grande destaque neste processo. Em 1985 e 1986 surgiram as primeiras organizações não governamentais (ONGs) voltadas para o enfrentamento da epidemia, o Grupo de Apoio a Prevenção da AIDS (GAPA) em São Paulo e a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), no Rio de Janeiro. Estas ONGs, além de promotoras de campanhas prevenção e de serem pioneiras em iniciativas contra a discriminação e o preconceito, também foram instituídas com assessorias jurídicas que auxiliaram na discussão sobre acesso a tratamento como direito à saúde (GALVÃO, 2002; CECCATO et al., 2008; CHAVES; VIEIRA; REIS, 2008).

Outras ações foram organizadas dentro do sistema público de saúde para o enfrentamento do HIV/Aids. Na esfera de criação de uma política para a assistência aos indivíduos infectados pelo HIV e/ou com Aids, além da distribuição gratuita de medicamentos, outras modalidades assistenciais que visam à redução das internações hospitalares, foram criadas, tais como os serviços ambulatoriais de assistência especializada (SAE), hospital-dia e assistência domiciliar terapêutica (CHAVES; VIEIRA; REIS, 2008).

Apesar da fabricação nacional e oferecimento gratuito da medicação pelo sistema público de saúde, novos protocolos continuaram a ser discutidos nacionalmente, tendo em vista a necessidade de facilitar diagnóstico e tratamento para melhor enfrentamento da epidemia. Neste sentido, vários estudos apontavam que os testes rápidos eram utilizados em países com elevadas taxas de detecção desde a década de 2000 (TELLES-DIAS, 2007; UNAIDS, 2016). Neste sentido, o uso dos testes rápidos surgiu como um movimento descentralizador, possível de ser adotado nos serviços de atenção básica, facilitando o acesso ao diagnóstico. No ano de 2011, o Brasil adotou novas estratégias para enfrentamento da epidemia com aumento da oferta diagnóstica, a partir da implementação do uso de teste rápido e com a descentralização do atendimento ao paciente vivendo com HIV (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2016).

Internacionalmente, em termos de ações de enfrentamento, um relevante marco histórico foi a criação de um Programa específico das Nações Unidas, em 1996, para auxiliar na busca de soluções e ajudar nações no combate à Aids, o UNAIDS. Desde então, muitas são as iniciativas que tem sido realizada pela UNAIDS para o enfrentamento da epidemia, como o

trabalho com dados epidemiológicos, as comparações de séries históricas, a criação de protocolos internacionais de aconselhamento, tratamento e testagem e o estabelecimento de estratégias e metas, auxiliando e incentivando as nações no combate à epidemia.

Recentemente, a UNAIDS lançou um conjunto de metas até 2020, conhecido como 90-90-90, que se resume a expectativa de que 90% das pessoas infectadas pelo HIV estejam diagnosticados, 90% dos diagnosticados estejam em tratamento e 90% dos que estão em tratamento apresentem uma carga viral indetectável. Essas metas fazem parte da aceleração do combate da epidemia da Aids em todo o globo (UNAIDS, 2016). O Brasil tem apresentado grandes progressos para alcance dessas metas, com uma boa perspectiva de enfrentamento da doença (VILLARINHO et al., 2013).

A infecção pelo HIV representa um grande problema de saúde pública no cenário nacional. Mesmo com todos os programas e medidas adotadas a doença segue com índices cada vez maiores e com importante crescimento em mulheres heterossexuais e homens homossexuais jovens (SCHUELTER-TREVISOL et al. 2013). Para o enfrentamento da epidemia é necessário considerar componentes de vulnerabilidade (pobreza, cultura, religião, desigualdades de gênero, sociais e raciais) para adoção de ações efetivas. Neste contexto, a feminização da epidemia gerou a necessidade de contemplar novos olhares na busca de um atendimento igualitário à mulher. Assim, foi criado em 2007, e reeditado em 2010, o “Plano integrado de enfrentamento da feminização da epidemia da Aids e outras DST”, que norteia a implantação e a implementação de ações de promoção à saúde e aos direitos, da área sexual e reprodutiva, em nível federal, estadual e municipal. O plano tem por objetivo enfrentar a feminização da epidemia de Aids e outras IST por meio de ações integradas, envolvendo instituições governamentais, não governamentais e movimentos sociais, nas esferas federal, estadual e municipal, com vistas à ampliação do acesso aos insumos e às ações de prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento das IST e da Aids para mulheres brasileiras (BRASIL, 2011a). Cabe contextualizar, que o estudo apresentado nesta dissertação, utilizou dados que foram coletados em 2011, ou seja, num momento em que no Brasil havia uma forte discussão sobre estratégias para a implementação do plano de enfrentamento, visando reduzir o impacto da epidemia do HIV/Aids e da morbidade por IST entre as mulheres no Brasil.

O Plano destaca ações que incidam sobre os três níveis de produção de vulnerabilidade nas mulheres: situações sociais que reduzem seu poder de negociação sexual, qualidade do atendimento oferecido pelos serviços de saúde e acessibilidade do fortalecimento individual das mulheres. Cabe destacar que esta é uma questão bastante atual, na medida em que a vulnerabilidade das mulheres persiste na nossa sociedade, especialmente sobre aquelas que

são consideradas no documento nacional com maior vulnerabilidade - profissionais de sexo, mulheres vivendo com HIV, mulheres que fazem sexo com mulheres e mulheres vivenciando a transsexualidade, questões ainda pouco discutidas no âmbito dos serviços de saúde. O mesmo documento também destaca que a saúde sexual das mulheres merece atenção especial, na perspectiva da integralidade, como um dos pressupostos do Sistema Único de Saúde.

2.5 Saúde Sexual das mulheres

A saúde sexual é entendida como um estado físico, mental e bem estar social com relação à sexualidade. É parte da saúde reprodutiva que envolve o desenvolvimento sexual saudável, relacionamentos responsáveis e equitativos de prazer sexual, ausência de enfermidades e agravos relacionados à sexualidade, livre de discriminação, preconceitos e com toda a liberdade de escolha, possibilitando experimentar uma vida sexual informada, agradável e segura (GALVÃO, 1999; WHO, 2011; TEIXEIRA, 2012).

A sexualidade pode ser entendida como um dos elementos inerentes aos seres vivos e está associada ao status de satisfação e ao fato de ser e pertencer a alguém. A vivência da sexualidade abrange questões de desejo, prazer, identidade de gênero, erotismo, alteridade e práticas sexuais. Todas estas questões assumem um conjunto complexo e seu desequilíbrio pode gerar diversos transtornos para o indivíduo (BARBOSA; GUIMARÃES; FREITAS, 2013).

Na modernidade, em uma compreensão popular, a sexualidade não se constitui em domínio de significação isolada; sexo e prazer estão associados à alusão de moralidade, envolvido por questões religiosas, culturais e sociais. O sentido de moralidade aponta para uma articulação mais estreita entre valores relativos ao sexo, a família e ao gênero. Em uma visão geral e abrangente o sexo está relacionado a uma ordem moral-familiar. Na representação feminina, o sexo é um item fundamental na engrenagem relacional (HEILBORN; GOUVEIA, 1999).

A sexualidade humana é o conjunto de comportamentos que dizem respeito à satisfação das necessidades e desejos sexuais, sendo controlada por questões de valores morais. Sua manifestação depende das interações sociais, o contexto histórico e cultural de uma sociedade. Pode ser entendida com um assunto complexo e de difícil construção, uma vez que é circulada por tabus, repressão e limitação à genitalidade e à reprodução. A partir desta explanação é que se pode compreender questões de estima, discriminação e preconceito

associados à Aids (TRINDADE; FERREIRA, 2008; KONAN et al., 2014).

A sexualidade assume dimensões significativas enquanto parte integradora da vida e bem estar humano (PAIVA et al., 2002). A saúde é considerada uma relação de integrada entre o físico, psíquico e social e, na concepção da sexualidade, estes termos desenham as características sexuais inerentes do ser humano, associando a prática saudável a relações de troca e de prazer, além da ausência de violência, deficiência ou doenças. A discussão da sexualidade sempre passa por questões complexas e de difícil consenso. Por estar fortemente relacionada a questões culturais, políticas, econômicas e religiosas, as diversas demandas relacionadas à temática estão em constante transformação e discussão na busca de uma vivência sexual plena e livre de julgamentos sociais. Discussões acerca dos papéis sexuais se tornam necessárias para compreensão das diferentes nuances dentro da sociedade atual.

A mutabilidade cultural, histórica e social da sexualidade está associada à compreensão de que o ser humano não se relaciona sexualmente sem dar um sentido ao seu ato. As diversas modificações que aconteceram na sociedade modificaram a forma de se expressar sexualmente, um marco dessa mudança foi com o surgimento da ciência no século XIX que mudou a relação do ser humano com o corpo e com o prazer, principalmente por entender que sexo não é só para procriação (BOZON, 2004).

Uma vez que a saúde sexual está diretamente relacionada à qualidade de vida e à sexualidade, torna-se necessária a sua compreensão no contexto da atenção global à saúde. Este conhecimento é necessário para fomentação de ações estratégicas e atendimento de saúde direcionado para as práticas sexuais saudáveis e satisfatórias (ROCHA; SILVA, 2014).

Os direitos sexuais estão contemplados dentro do conceito de direitos humanos, pensados através de princípios do iluminismo no século XVIII, onde movimentos sociais, políticos e religiosos, com ênfase dada pela ação de grupos feministas, se mobilizaram na busca de maior liberdade de expressão sexual, buscando a redução da interferência do estado e da igreja nas decisões sobre a sexualidade das mulheres (MELLO E SOUZA, 2002; COSTA, 2009; BOTTI et al., 2009). O bem-estar sexual requer liberdade e respeito mútuo nas relações interpessoais. O direito sexual entende que a expressão sexual deve ser livre de coerção, discriminação e violência na obtenção de alto padrão de saúde sexual, na disseminação das informações sobre sexualidade, na educação sexual, na liberdade de escolha das parcerias sexuais, na escolha das práticas sexuais, na satisfação e na busca pelo prazer (UNFPA, 2008; WHO, 2011).

Neste sentido, a saúde sexual tem sido estudada na perspectiva das práticas e no contexto de vida em que as relações ocorrem. Em termos de práticas, sabe-se que as práticas de sexo

anal e vaginal, respectivamente representam os principais meios da infecção pelo HIV que tem impacto sobre a saúde sexual. O estudo dessas práticas permite aos profissionais de saúde a ação de medidas de promoção para manutenção da saúde sexual (UNFPA, 2008; LOTFI et al., 2013; SANTOS; SCHOR, 2015). Além disso, estudos apontam que a prática do sexo anal desprotegido é a principal forma de transmissão do HIV, sendo que a opção por essa prática envolve não só o gostar e a necessidade do prazer anal, mas também pode estar associada a outros fatores, como a manutenção da virgindade antes do casamento, o medo da prática vaginal quando a mulher está grávida e também para satisfazer uma necessidade do parceiro (REIS; GIR, 2010; KHAN et al., 2011; UNAIDS, 2017).

Em termos de saúde sexual, é preciso ainda considerar que a literatura aponta que é comum que algumas mulheres se submetam a prática sexual com seu parceiro mesmo que sem vontade, não assumindo indisposição para o ato sexual. Esta questão está intimamente associada às relações de gênero, onde o homem, predominante na relação, busca garantir que suas vontades sejam satisfeitas. Quando a mulher não quer praticar o ato normalmente se manifesta através de atos não verbalizados expressos por mal-estar, fingir estar dormindo, ou outra situação que inviabiliza o sexo. Esta relação de poder é comumente observada em situações em que a mulher é dependente econômica e sentimentalmente do parceiro, em mulheres mais jovens, onde a diferença de idade se torna um fator impulsionador do masculino sobre o feminino, e também entre casais sorodiscordantes em que a mulher, vivendo com HIV, se submete ao parceiro por se achar menor dentro da relação e por se sentir culpada por ter o diagnóstico (REIS; GIR, 2010; LOTFI et al., 2013; HALLA et al., 2015).

Considerando que a via sexual é o meio mais comum de contaminação pelo HIV, a sexualidade fica afetada por questões de preconceito e estigma, prejudicando a saúde sexual das pessoas vivendo com o vírus. Entre os relatos mais comuns encontra-se o medo de transmissão para o parceiro, perda ou diminuição da libido e disposição para o sexo, receio frente a questões reprodutivas e o medo da rejeição frente ao diagnóstico (MOREIRA et al., 2005; LOTFI et al., 2013; CARLSSON-LALLOO et al., 2016).

Tendo em vista que a sexualidade humana é profundamente determinada pelo contexto sociocultural, em relação às mulheres infectadas pelo HIV, é necessário compreender que as peculiaridades de cada um são formadas dentro das suas vivências e experiências no decorrer da vida. A pouca quantidade de publicações reflete a necessidade de maior aprofundamento nessa temática que está tão diretamente associada ao bem estar desta população (HEILBORN; GOUVEIA, 1999; PAIVA et al., 2002).

O diagnóstico de infecção pelo HIV modifica a forma com a que a pessoa percebe seu

próprio corpo e principalmente sua relação com o sexo, deste modo é necessário conscientizar essa mulher quanto às suas possibilidades e seus direitos frente a seu *status* sorológico, onde vivenciar plenamente a sexualidade continua sendo um direito. Viver com HIV não deve interferir na capacidade da mulher de vivenciar sua saúde sexual, devendo seus direitos ser preservados e sem prejuízos ao bem estar e à manutenção de sua saúde (PAIVA et al., 2002; DUARTE; PARADA; SOUZA, 2014).

Diante da complexidade e dos danos causados por uma saúde sexual deficiente, este fator deve ser considerado por profissionais de saúde que atendem mulheres vivendo com HIV. A falta de capacitação profissional para o atendimento sexual de pessoas com HIV é um limitador na oferta de atendimento integral considerando todas as peculiaridades da vida de um ser humano (CASTELANI; MORETO, 2016; PAIVA et al., 2002).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar especificidades da saúde sexual de mulheres heterossexuais com diagnóstico de HIV/Aids no município de Porto Alegre – RS.

3.2 Objetivos específicos

- a) Traçar um perfil sócio demográfico de mulheres vivendo com e sem HIV/Aids atendidas em serviços de saúde no município de Porto Alegre.
- b) Comparar variáveis de comportamento sexual de mulheres vivendo com e sem HIV/Aids em Porto Alegre.
- c) Comparar o comportamento sexual de mulheres vivendo com e sem HIV/Aids em Porto Alegre, quanto às características da primeira relação sexual.

4 METODOLOGIA

O estudo proposto e realizado nesta dissertação deriva de uma pesquisa de maior amplitude, intitulada “Saúde sexual e reprodutiva de mulheres no contexto da epidemia de HIV/Aids em Porto Alegre”, que foi realizada em 2011, no município de Porto Alegre - RS. Trata-se de um estudo de delineamento misto, com metodologia quantitativa e qualitativa. No estudo realizado para fins de dissertação, utilizaram-se dados do componente quantitativo da pesquisa supracitada. O componente quantitativo foi um estudo com delineamento transversal, cujo cálculo amostral definiu a necessidade mínima de inclusão de 1.230 mulheres, entre 18 e 49 anos, divididas em dois grupos: (1) mulheres da rede pública de saúde sem diagnóstico conhecido de HIV e (2) mulheres com diagnóstico da infecção pelo HIV atendidas em serviços especializados.

4.1 População pesquisada e cálculo amostral

A amostra foi constituída por mulheres de 18 anos a 49 anos usuárias da rede pública de saúde da cidade de Porto Alegre. Foram excluídas da amostra aquelas mulheres que não apresentaram capacidade cognitiva/mental para participarem do estudo. Do ponto de vista quantitativo, considerando que o estudo original buscou comparar dois grupos – mulheres com e sem diagnóstico de HIV/Aids, em relação as variáveis estudadas, considerando-se um poder de 80% e nível de significância de 5%, o cálculo inicial da amostra foi de 615 mulheres em cada grupo, totalizando 1230 mulheres, já considerando o efeito do delineamento por amostragem complexa (*deff*) igual a 1,6.

O plano amostral utilizado corresponde a uma amostra estratificada em dois estágios. O primeiro estrato é formado pelas mulheres que não possuem o diagnóstico de infecção pelo HIV, atendidas nos serviços de saúde de atenção primária à saúde, disponíveis no município de Porto Alegre. O segundo estrato compreende as mulheres com HIV, atendidas nos serviços de saúde da rede pública da cidade de Porto Alegre que atendem mulheres com HIV em ao menos uma das seguintes especialidades: ginecologia/obstetrícia e infectologia.

Dentro de cada estrato, as unidades primárias de seleção são os serviços de saúde. As mulheres atendidas nos serviços de saúde selecionados são as unidades secundárias de seleção. No estrato de mulheres que não possuem o diagnóstico de infecção pelo HIV, os serviços de saúde foram agrupados por distrito sanitário e posteriormente ordenados pela mediana do número de atendimentos dentro de cada distrito sanitário.

No primeiro estágio foi selecionada uma amostra sistemática de 40 serviços de saúde, com início aleatório e, no segundo estágio, uma amostra aleatória simples de mulheres em cada um dos serviços selecionados, proporcional ao número total de atendimentos do serviço. No estrato das mulheres vivendo com HIV/Aids todos os serviços foram incluídos no primeiro estágio e uma amostra aleatória simples de mulheres foi selecionada em cada serviço da amostra, proporcional ao número total de atendimentos. As unidades amostrais do estudo são as mulheres.

O peso amostral de cada mulher na amostra foi composto pelo produto dos pesos das unidades amostrais em cada estágio.

A probabilidade de um serviço de saúde ser selecionado no estrato h é

$$f_{1h} = \frac{m_h}{M_h}$$

onde

M_h = número de serviços de saúde no estrato h e

m_h = número de serviços de saúde na amostra dentro do estrato h

A fração amostral da segunda etapa foi definida por:

$$f_{2hi} = \frac{n_{hi}}{N_{hi}}$$

onde

N_{hi} = número de mulheres no serviço de saúde i do estrato h e

n_{hi} = número de mulheres na amostra do serviço de saúde i do estrato h

A probabilidade de uma mulher ser incluída na amostra é dada por

$$f_{hi} = \frac{m_h}{M_h} \frac{n_{hi}}{N_{hi}}$$

O peso final é o inverso da probabilidade de seleção de cada unidade amostral dentro do estrato h , definido por:

$$w_{hi} = \frac{1}{f_{hi}}$$

$$w_{hi} = \frac{M_h N_{hi}}{m_h n_{hi}}$$

4.2 Locais de Realização da Pesquisa

Foram incluídos na pesquisa os serviços de saúde da rede pública da cidade de Porto Alegre que atendem mulheres com diagnóstico positivo para o HIV em ao menos uma das seguintes especialidades: ginecologia/obstetrícia e infectologia. Dessa forma, o trabalho de campo do estudo ocorreu em sete serviços: Serviços de Atendimento Especializado da Secretaria Municipal de Saúde (SAE Vila dos Comerciários e SAE IAPI), Ambulatórios Especializados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Hospital Fêmeina e Hospital Nossa Senhora da Conceição; e Ambulatório de Dermatologia Sanitária e Hospital Sanatório Partenon, ambos da Secretaria Estadual de Saúde.

As mulheres sem diagnóstico de HIV são oriundas dos serviços de atenção primária.

4.3 Logística do Trabalho de Campo

O número de participantes selecionadas em cada um dos serviços foi proporcional à quantidade de atendimentos realizados pelo serviço. Após a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFRGS (**ANEXO 1**), foi realizado um mapeamento de todos os serviços a fim de identificar o número de pacientes atendidas, rotinas e horários de atendimento, dados necessários a distribuição da amostra nos serviços e organização da coleta de dados.

A fim de garantir a aleatoriedade, as mulheres foram selecionadas de acordo com a lista de atendimento do dia em cada um dos serviços.

Foi realizado convite para participar do estudo no momento de comparecimento a consulta, realizando-se a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e coletando-se o consentimento formal para participação na pesquisa. Cada serviço participante do estudo exigiu mudanças no TCLE original (**ANEXO 2**) que correspondiam a inclusão dos dados de contato do CEP da instituição.

A entrevista foi conduzida em ambiente reservado, com a finalidade de garantir a confidencialidade das informações. Posteriormente, todas as informações foram armazenadas em programa específico, para realização da análise dos dados.

4.4 Análise dos Dados

Neste estudo, utilizou-se a estatística descritiva, que a partir de um conjunto de dados, se preocupa em descrever os dados, para que se tenha maior compreensão do grupo que foi

pesquisado. Posteriormente, foram realizadas comparações entre os grupos (mulheres com e sem HIV/Aids), que foram analisadas por meio de teste de associação de Qui-quadrado de Pearson (ou teste exato de Fischer) para variáveis categóricas e do teste T-student ou do teste não paramétrico de Mann-Whitney para as variáveis contínuas.

As análises brutas foram realizadas no programa SPSS, e as análises ponderadas foram conduzidas no programa STATA. Em todas as análises considerou o nível de significância de 5%.

4.5 Aspectos Éticos

O presente estudo foi planejado obedecendo as exigências das “Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos”, em conformidade com as normativas do Conselho Nacional de Saúde, Resoluções CNS 196/96. Cabe ressaltar que a resolução atual nº 466/2012 é a nova normatizadora de aspectos éticos para pesquisa em humanos, como a pesquisa foi realizada em 2011, o estudo que gerou o conjunto de dados que foi analisado nesta dissertação seguiu os preceitos da resolução anterior.

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado no CEP da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (instituição de origem do projeto) , e, posteriormente, foi aprovado em todos os CEP das instituições onde o estudo foi conduzido.

O convite e a obtenção do consentimento para participar da pesquisa foram realizados pelos próprios entrevistadores, nos locais de atendimento (serviços de saúde) pré-selecionados nas cidades onde o estudo foi desenvolvido. A obtenção do consentimento é obrigatória e ocorreu através da leitura do TCLE desenvolvido para esta pesquisa, sendo uma exigência das “Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos” a autorização do paciente através de assinatura ou identificação por impressão dactiloscópica.

6 DISCUSSÃO

Apesar de alguns estudos relatarem que há uma tendência de estabilização da epidemia do HIV, a velocidade de crescimento entre as mulheres nas últimas décadas foi elevada, quando comparada aos homens. Com a modificação do cenário epidemiológico, em que houve uma diminuição importante da razão entre os sexos, mudanças puderam ser observadas na distribuição comunitária da epidemia.

Esta diminuição da razão entre os sexos, chamada feminização da epidemia, precisa ser melhor estudado, por repercutir em diversos aspectos da sociedade e da vida da mulher. Dentre estes aspectos, está a saúde sexual, pois há um contexto de exposições até o diagnóstico, e o próprio impacto do diagnóstico que também vai afetar a saúde sexual, pela ocorrência de uma infecção/doença que até o momento não tem cura e que apresenta forte estigmatização e preconceito na sociedade.

Para compreender o crescimento da epidemia entre as mulheres, torna-se necessário evidenciar desigualdades entre homens e mulheres, que tornam as mulheres mais vulneráveis à ocorrência da infecção, tais como as relações de gênero, em que a relação de poder sobrepõe a vontade masculina à feminina. Ainda, é importante considerar estigmas, tabus, e preconceitos relacionados à doença em que os discursos influenciam em respostas coletivas da epidemia (REIS; GIR, 2010; GARCIA; KOYAMA, 2008; MONTEIRO; VILLELA; KNAUTH, 2012).

Neste estudo, a maior parte das mulheres pesquisadas se encontrava na faixa etária dos 18 aos 34 anos (67,2%). No mundo, 51% das mulheres com HIV/Aids estão em idade reprodutiva (UNAIDS, 2016). Mesmo com estudos apontando maior incidência do vírus dos 30 aos 49 anos (DUARTE; PARADA; SOUZA, 2014; BRASIL, 2015) é observado um aumento significativo de diagnóstico da infecção pelo HIV em mulheres jovens e adolescentes, fator que tem chamado a atenção das políticas públicas para ações para enfrentamento da doença (TAQUETTE, 2013, UNAIDS, 2016). As características das mulheres com HIV/Aids neste estudo vão ao encontro do que é apontado por alguns autores, que destacam maior incidência em mulheres jovens e em idade fértil (SCHUELTER-TREVISOL et al., 2013; DUARTE; PARADA; SOUZA, 2014). Um expressivo percentual de mulheres com HIV/Aids teve seu diagnóstico entre 19 e 35 anos (71,6%), fator que deve ser levado em consideração pelos serviços de saúde, pois essas mulheres estão em plena vida sexual e reprodutiva.

Apesar dos estudos supracitados, nos últimos 10 anos, observou-se um aumento do

número de casos entre pessoas entre 15 e 24 anos (UNAIDS, 2016), e também foi evidenciado um aumento significativo entre mulheres dos 13 aos 19 anos (BRASIL, 2016). É importante destacar que este grupo apresenta maior risco de infecção por fatores como o abuso de álcool e/ou drogas, pelo desconhecimento dos riscos frente à exposição sexual (KONAN et al., 2014) e pela a multiplicidade de parceiros, característica comum no que tange à sexualidade no mundo ocidental. Também cabe destacar a dificuldade da abordagem da saúde sexual na nossa sociedade, que é pautada na ética e na moral cristã, concebendo o sexo e o corpo com algo limitado a funções reprodutoras (TRINDADE; FERREIRA, 2008). Apesar de faixas etárias mais jovens, é importante destacar que este estudo incluiu somente mulheres a partir de 18 anos, tendo em vista as questões metodológicas adotadas, não sendo possível, portanto, comparações com estudos ou dados epidemiológicos de mulheres com idade inferior a 18 anos.

A idade da primeira relação sexual é um fenômeno importante na vida do indivíduo. Dados do Ministério da Saúde apontam que a média de idade do início da vida sexual é de 14 anos em homens e de 15 anos entre as mulheres (BRASIL, 2011b). A primeira relação sexual, realizada de forma precoce e improvisada pode ser fator definidor para adoção de um comportamento de risco durante a vida adulta, podendo gerar desfechos não favoráveis como gravidez na adolescência, gestações não planejadas ao longo da vida, e ocorrência de ISTs, entre as quais está a infecção pelo HIV (BORGES; SCHOR, 2005; GRUBER; GRUBE, 2000; TAQUETTE, 2013; KAR; CHOUDHURY; SINGH, 2015).

Dados deste estudo apontam que 44,7% das mulheres entrevistadas tiveram sua primeira relação sexual antes dos 15 anos. Mesmo não tendo diferença estatística entre os grupos, considera-se que esta porcentagem de mulheres é elevada. A idade de início da vida sexual no Brasil tem diminuído no decorrer dos anos, e fatores como a baixa escolaridade e pobreza aumentam as chances de não utilização do preservativo, evidenciando a exposição à infecção pelo HIV e outras ISTs e gravidez não planejada (CAMARGO; BOTELHO, 2007; TOLEDO; TAKAHASHI; DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO, 2011). O estudo de Ribeiro, Silva e Saldanha realizado no Brasil com 8.471 adolescentes de ambos os sexos, evidenciou que a média de idade da iniciação sexual foi de 15,6 anos para o sexo feminino e 14,6 anos para o sexo masculino. Estudos apontam que quanto mais precoce a idade sexual, maior o número de parceiros na vida e maior a dificuldade de adesão ao uso do preservativo, fator que deve ser considerado para a construção de ações preventivas voltadas para esse grupo (BORGES; SCHOR, 2005; TOLEDO; TAKAHASHI; DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO 2011; SILVA et al., 2015).

Diversos autores apontam que a iniciação sexual precoce aumenta as chances de adoção de um comportamento de risco, fator que está associado à falta de instrução e desconhecimento dos fatores de risco (BORGES; SCHOR, 2005; HUGO et al., 2011; SILVA et al., 2015). Neste sentido, presume-se que a idade da primeira relação sexual tenha potencial de interferir na capacidade de proteção contra a infecção pelo HIV, particularmente quanto ao uso de preservativo, no entanto, esta questão não foi investigada em profundidade.

Diversas situações da vida são determinantes para o uso do preservativo, o contexto e a idade da primeira relação sexual, relações esporádicas com parceiros pouco conhecidos, o início de um novo relacionamento ou até mesmo a estabilidade deste, podem modificar a frequência do uso de preservativo enquanto método de prevenção de ISTs. A importância do uso do preservativo ainda deve ser reforçada, principalmente em pessoas mais jovens, por ser a idade quando os comportamentos são construídos e tendem a perdurar por toda vida, devendo este papel educador ser construído pela família, por profissionais da saúde e por instituições educativas (WIDMAN et al., 2014; BORGES; SCHOR, 2005).

Todas as questões citadas acima podem colocar a mulher numa condição de vulnerabilidade para o HIV. Nesse sentido, a vulnerabilidade pode ser entendida como a chance que um indivíduo tem de adoecer, dado um conjunto de características individuais e coletivas que podem ser condicionantes ou determinantes para sua exposição e capacidade de decisão frente a um risco (RIBEIRO; SILVA; SALDANHA, 2011). Ayres et al. (2006) categoriza a vulnerabilidade em social representada por fatores biológicos, percepção do risco, capacidade de autoproteção e habilidades de negociação; vulnerabilidade social aquela que compreende fatores econômicos, culturais, educação, religião e relações de gênero; e, vulnerabilidade pragmática, associada ao acesso aos serviços de saúde e a políticas públicas.

As desigualdades sociais fomentam o processo de vulnerabilidade que é determinado pela escolaridade, a baixa renda e a dificuldade de acesso ao cuidado e à atenção em saúde (BASTOS; SZWARCOWALD, 2000; BERTONI et al., 2010; TEIXEIRA, 2012). A baixa instrução, representada pelos poucos anos de estudo, é fator condicionante para o enfrentamento de situações de saúde e risco (ASSIS; GOMES; PIRES, 2014), pois, uma maior instrução pode representar maior conhecimento e acesso a informação, recursos fundamentais para controle de doenças como a Aids (GRUBER; GRUBE, 2000).

Pesquisas apontam que pessoas com poucos anos de estudo apresentam maior dificuldade de compreender os riscos de contágio e transmissão de doenças. Este é um dos fatores que explica a pauperização da epidemia da Aids (PEREIRA et al., 2012; DOURADO et al., 2015). A educação e a informação somam recursos para que o indivíduo utilize

estratégias de prevenção, também fortalece a tomada de decisão frente a uma situação problema. Importante ressaltar que há estudos que evidenciam que quanto maior a escolaridade, maior o uso do preservativo e a adesão ao método de proteção (HARTMANN; CESAR, 2013; DOURADO et al., 2015; SILVA et al., 2015; UNAIDS, 2017). Para tentar diminuir essa dificuldade de compreensão quanto a risco e transmissão das doenças, frente a pouca escolaridade que existe de um modo geral na população, a conscientização sobre prevenção de riscos sexuais poderia ser mais explorada através da mídia, pois há pouca disponibilidade de informação e espaços muito limitados a discussão dessa temática (GRUBER; GRUBE, 2000; REIS; GIR, 2010).

Ainda em relação à escolaridade, as séries históricas registram que no surgimento da Aids, os infectados eram, em sua maioria, pessoas com nível médio e superior completo. Atualmente a detecção do HIV é maior em pessoas com ensino fundamental incompleto, o que indica a pauperização da epidemia (BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2001; PEREIRA et al., 2012; SCHUELTER-TREVISOL et al., 2013). Este dado também é evidenciado nesta pesquisa, em que 54% das mulheres infectadas possuía menos de 8 anos de estudo. Este achado corrobora com outros estudos que apontam o baixo nível de instrução como fator de risco para contaminação e aumento do risco de mortalidade por Aids (BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2001; CAMARGO et al., 2012; BRASIL, 2016). A infecção pelo HIV atinge cada vez mais pessoas com menos escolaridade, fator associado principalmente à restrição de acesso a informações. A escola tem fator fundamental no processo de conscientização. Apesar disso, nota-se que ainda é deficiente a discussão dessa temática no ambiente escolar (SILVA et al., 2015). Dados apontam que as mulheres infectadas possuem menos anos de estudo que os homens, fator que remete à desigualdade de gênero no que se refere ao acesso à informação e à qualidade dessa informação, sendo maior a necessidade de atenção a mulheres nas questões relacionadas ao HIV (VALADARES et al., 2010; DUARTE; PARADA; SOUZA, 2014).

A baixa renda, que também compõe o quadro de vulnerabilidade, está associada à dificuldade de acesso à informação e aos serviços de saúde prevenção (BERTONI et al., 2010; PEREIRA et al., 2012; SCHUELTER-TREVISOL et al., 2013; DOURADO; PARADA; SOUZA, 2015). Os dados deste estudo apontam que há uma diferença significativa entre os grupos com e sem diagnóstico, onde 54% das mulheres com HIV/Aids recebem até dois salários mínimos, enquanto que no grupo sem a doença este percentual é de 44%. A pauperização também está relacionada a agravos como a não adesão ao tratamento antirretroviral e à baixa adesão ao uso de preservativos (BERTONI et al., 2010; PEREIRA et

al., 2012).

É preciso contextualizar, que na época em que foram coletados os dados deste estudo, o atendimento para indivíduos com HIV/Aids era realizado somente nos SAE, locais onde as mulheres incluídas no estudo foram recrutadas. A descentralização do atendimento iniciou em Porto Alegre somente em 2013 (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2016), portanto, todas as pessoas infectadas eram atendidas no SAE, independente da sua condição financeira ou classe social. Logo, os dados evidenciam que de fato, havia um predomínio de mulheres com baixa escolaridade e renda infectadas pelo HIV, reforçando a pauperização da epidemia.

A análise dos dados apontou que 77,3% das mulheres tinham parceiro no momento do diagnóstico. Ter um parceiro no momento do diagnóstico pode contribuir para o enfrentamento da doença. Fatores como o medo e o isolamento social tendem a comprometer o tratamento que é ofertado nos serviços de saúde. Estudos apontam a necessidade de acolhimento da mulher após o diagnóstico, visto o forte impacto psicossocial da doença (REIS; GIR, 2010; WAGNER; BOSI, 2013). A cobrança de um gerenciamento constante da vida sexual, associados ao medo da rejeição e do estigma são fatores que dificultam manter o estado de “normalidade” e ter uma vida sexual plena, sendo um grande desafio para a mulher vivendo com HIV (ARAÚJO, 2002).

A revelação do diagnóstico ao parceiro vem acompanhada de diversos dilemas, entre eles o medo do parceiro ser soro discordante e o medo da não aceitação do diagnóstico, além da culpabilização e julgamentos. Quando associada à dependência econômica, o medo aumenta por existir uma relação de dependência financeira do parceiro, e a não aceitação deste pode acarretar a grandes mudanças na vida social e financeira da mulher (WAGNER; BOSI, 2013; CASTELLANI; MORETTO, 2016). Apesar das questões descritas, neste estudo, 76,6% das mulheres contaram para o parceiro sobre o seu diagnóstico, entretanto, não foi investigado o contexto de revelação do diagnóstico. É possível, tendo em vista o contexto de contaminação das mulheres, que vem sendo descrito na literatura, que nas relações estáveis, o parceiro já tivesse diagnóstico anteriormente (RODRIGUES; PERREAULT, 2013).

A sexualidade humana é o conjunto de comportamentos que dizem respeito à satisfação das necessidades e desejos sexuais, sendo controlada por questões de valores morais. Sua manifestação depende das interações sociais, o contexto histórico e cultural de uma sociedade (KONAN et al., 2014). Neste contexto, o estudo apontou que após o diagnóstico 11,1% das mulheres afirmaram ter parado de manter relações sexuais, 52,7% referiram ter diminuído a vontade de ter relações sexuais, 37,8% referem ter tido uma diminuição do prazer durante as relações sexuais e 48,4% diminuíram a frequência de

relações. Autores apontam que uma diminuição da atividade sexual é observada após o diagnóstico, este fato está diretamente associado à atribuição do diagnóstico ao ato sexual. Outro fator a ser considerado é o estigma sexual presente no diagnóstico, ter a doença associada a atos de promiscuidade e libertinagem sexual dificultam a plenitude sexual (DIÓGENES et al., 2014).

O conceito de saúde sexual menciona que para que o sexo seja pleno, deve estar acompanhado do prazer, da vontade e da satisfação sexual. Em contraponto ao exposto, estudos apontam que é comum que mulheres se submetem a relações sexuais para satisfação do parceiro, às vezes sem sentir prazer e para manter a relação. As diversas discussões sobre o empoderamento feminino levantam a necessidade da mulher se expressar sexualmente, expor seus medos e ter controle sobre o ato, no que diz respeito a vontades e ao prazer (BOZON, 2004; LIMA; MOREIRA, 2008; ANDRADE; IRIART, 2015).

O comportamento sexual humano é dotado de uma diversidade de abordagens que incluem aspectos sociais, psicológicos e físicos, que muitas vezes estão inter-relacionados. Estes aspectos do comportamento sexual estão associados a atitudes de risco e a fatores que contribuem para a contaminação e disseminação de ISTs, incluindo o HIV (VALADARES et al., 2010).

A abordagem da sexualidade ainda é uma dificuldade durante o atendimento de uma mulher vivendo com HIV/Aids. Apesar dos esforços globais para enfrentamento da doença, o estigma tem afetado negativamente a saúde e o bem estar de pessoas vivendo com o vírus. Mesmo em ambientes de saúde, a discriminação é observada e a população não se sente devidamente acolhida e orientada, também é questionada a capacidade e a vontade dos profissionais da saúde em orientar sobre questões inerentes à doença e referentes à sexualidade (DANTAS et al., 2014). Um estudo mostrou que apenas 9% dos homens e mulheres pesquisados relataram terem sido questionados sobre sua saúde sexual na consulta de rotina realizada nos últimos três anos. Este dado aponta a necessidade de abordagem sobre saúde sexual entre profissionais da saúde. Ainda que esta questão não tenha sido aprofundada no estudo, é um ponto que vem sendo discutido na literatura (MOREIRA et al., 2005; VALADARES et al., 2010) e que merece investigação adicional.

Nesse estudo verificou-se que 98,3% das mulheres se infectaram através de relação sexual. Estudos apontam que a prática anal é a via de mais fácil contágio da infecção pelo HIV, seguida pela via vaginal, em um contexto desprotegido (KHAN et al., 2011). Mesmo que a prática sexual não tenha sido objeto desse estudo, ressalta-se a importância de reconhecer comportamentos de maior e menor risco para direcionar ações de prevenção.

Neste sentido, frente às possibilidades de relação sexual de baixo risco, Pérez-Jiménez, Santiago-Rivas e Serrano-García (2009) sugerem a masturbação mútua e o sexo oral como alternativa para redução de riscos.

Visto que a via sexual é a via mais comum de transmissão do vírus HIV, o impacto do diagnóstico tende a modificar a saúde e as práticas sexuais das mulheres, por exemplo, algumas optam pela abstinência sexual, outras mantêm a vida sexual com dificuldade, com angústia pela necessidade de revelação de diagnóstico frente a pressão pelo não uso de preservativo. Há ainda mulheres que conseguem contornar dificuldades e encontrar um ponto de estabilidade da saúde sexual com satisfação nas relações sexuais (SOUTO et al., 2012; CARLSSON-LALLOO et al., 2016).

A transmissão sexual do HIV entre mulheres envolve questões complexas, baixa escolaridade, como as relações de poder e dificuldade de negociação do uso do preservativo com o parceiro, a violência doméstica associada a limitações de busca por ajuda, as relações pautadas no medo e na obrigatoriedade, o sexo e as drogas como respostas a situações de abuso sofridas na infância, o racismo e a falta de acesso à informação e a dependência financeira do parceiro. Todas estas questões precisam ser consideradas pelos serviços de saúde e formulação de políticas efetivas para este grupo. Fatores como o abuso de álcool e outras drogas aumentam o risco de exposição sexual por diminuir a capacidade de decisão sobre o ato sexual, aumentando a vulnerabilidade a outras doenças (KONAN et al., 2014).

Estudos têm mostrado que a desigualdade de poder de gênero tem desempenhado um papel no aumento do risco de HIV entre as mulheres. A teoria do gênero e poder (TGP) se caracteriza pela divisão sexual do trabalho, divisão sexual das relações de prazer e definições de papéis na sociedade pautados no gênero, e está embutida nos mais diferentes níveis da sociedade e instituições como trabalho, família escola e nas relações interpessoais. Neste contexto, a submissão instituída pode limitar a capacidade da mulher de negociar sobre os comportamentos sexuais (FOUCAUT, 1979; HAHM; LEE, 2012; LOFTI et al., 2013; BORGES; SCHOR, 2015). Estas questões não foram averiguadas neste trabalho, mas são relevantes no contexto da epidemia e merecem investigações adicionais.

As diferenças entre os gêneros devem ser consideradas para um direcionamento adequado das políticas públicas de atenção à saúde das mulheres. Especialmente na adolescência, as mulheres iniciam a vida sexual e relacionado o sexo ao sentimento de entrega ao amor. Contudo, neste período da vida, a falta de informação ou incapacidade de decisões frente aos homens ainda é um fator que pode ser condicionante para a aquisição de doenças de transmissão sexual (BORGES; SCHOR, 2005; CAMARGO; BOTELHO, 2007; HUGO et al.,

2011; LOFTI et al., 2013).

Este estudo aponta que em 67,3% das mulheres, a pessoa da primeira relação foi o namorado, não diferindo estatisticamente entre os grupos. Em geral este dado pode indicar estabilidade da relação, confiança no parceiro e não uso de preservativo como método de proteção, pois nesta etapa da vida, há uma grande preocupação com métodos para evitar a gravidez (MAIA; GUILHEM; FREITAS, 2008; VILLELA; BARBOSA, 2015).

O preservativo, ferramenta mais importante na prevenção do HIV, é um dos instrumentos para garantia de uma prática sexual saudável e seu uso está diretamente associado à habilidade de negociar com o parceiro. Alguns fatores interferem diretamente na capacidade de negociar: a capacidade de interromper o ato quando não existe negociação, as relações de poder, a capacidade de estabelecer um diálogo sobre as práticas de baixo risco, o uso de álcool e drogas durante a relação e a estabilidade da relação, dados não aprofundados nesse estudo (PÉREZ-JIMÉNEZ; SANTIAGO-RIVAS; SERRANO-GARCÍA, 2009; GARCIA; SOUZA, 2010; SANTOS; SCHOR, 2015).

Quanto ao uso de preservativo após o diagnóstico, as mulheres foram questionadas sobre o aumento, manutenção ou diminuição do uso, e foi observado aumento para 61,1% das mulheres e diminuição para 5,4%. A adesão ao uso de preservativo se torna uma ação indispensável após o diagnóstico do HIV, para proteção da saúde da mulher e do parceiro. Esta recomendação deve ser reforçada por profissionais da saúde que fazem atendimento às mulheres e homens infectados (DOURADO et al., 2015). Neste sentido, acredita-se que seja comum esta recomendação em serviços de saúde, portanto, o fato da mulher afirmar que aumentou o uso não significa que esta seja a prática real das relações, talvez seja a resposta esperada dentro de um serviço de saúde. Há estudos que indicam que a prevenção do HIV com uso de preservativo em todas as relações não é uma prática efetiva entre casais (MADUREIRA; TRENTINI, 2008; VILLELA; BARBOSA, 2015). O uso do preservativo ainda é uma questão importante a ser discutida pensando em linhas de transmissão das doenças. Muitas mulheres referem não usar preservativo porque o parceiro não quer, fator que remete às situações de poder e machismo impostas no contexto social, que tiram o protagonismo da mulher no ato sexual.

Foram observadas diferenças estatísticas entre os grupos pesquisados na questão do uso do preservativo na primeira relação sexual. Evidenciou-se que 25% das mulheres vivendo com HIV utilizaram preservativo na primeira relação, já nas mulheres sem o vírus o uso foi de 54%. Esta grande diferença aponta uma tendência de comportamento, que remete ao conceito de vulnerabilidade já explanado (BARBOSA; GUIMARÃES; FREITAS, 2013).

Em relação ao uso de preservativos na primeira união/casamento, 54,9% das mulheres entrevistadas não faziam uso deste recurso, com diferenças entre os grupos, em que mulheres vivendo com o vírus (56,3%) e não vivendo (49%), este dado indica que a relação de confiança é fator de risco para infecção pelo vírus HIV, considerando que tem aumentado muito o número de infecções pelo vírus entre mulheres em relação estável (MAIA; GUILHEM; FREITAS, 2008). Considerando que 33,8% do total das mulheres relataram utilizar as vezes o preservativo, viviam sem o vírus este valor é de 38,7% maior que no grupo de mulheres vivendo com o vírus (28,9%), cabendo levantar a questão que o uso não constante do preservativo, reflete uma necessidade de atenção frente ao risco iminente. Destaca-se que apenas uma relação sexual desprotegida tem condição de desencadear a cadeia de transmissão de uma IST.

O que torna uma relação sexual de risco para aquisição de HIV e outras ISTs é a não adesão ao uso do preservativo. Historicamente o uso do preservativo está associado à prostituição, promiscuidade e relações extraconjugais o que por vezes, pode ser um dificultador para adesão ao método de barreira (REIS; GIR, 2010). Compreender a importância do uso do preservativo também é fundamental para pessoas que vivem com HIV, principalmente para evitar a transmissão de doenças e a contaminação por outras doenças de infecção sexual. Cabe reforçar que a desinformação sobre os métodos de barreira pode colocar a mulher em risco (BLANCHARD et al., 2015)

O tempo de vida sexual está diretamente associado a exposição sexual, que, por si só, não é um fator de risco, mas, quando associado a práticas não seguras este fator se torna agravante na infecção e transmissão pelo HIV (DAL POGETTO et al., 2012; BARBOSA; GUIMARÃES; FREITAS, 2013). Neste estudo, mulheres vivendo com HIV tinham uma média de 19 anos de vida sexual ativa, diferente das mulheres que viviam sem HIV com média de 14 anos. Este fator reflete a necessidade de enfatizar a prevenção e a redução de fatores de exposição durante toda a vida. Quando este dado é analisado juntamente com o número de parcerias sexuais na vida, observou-se que nas mulheres que viviam com HIV, 94,5% tiveram mais que dois casamentos ou uniões durante a vida, e que 45,5% destas tiveram mais que 6 parceiros na vida comparativamente as mulheres sem HIV, onde 81,9% tiveram mais que 2 parceiros na vida e 29% tiveram seis ou mais parceiros. Neste contexto é possível inferir que a quantidade de parcerias é diretamente proporcional ao risco de infecção pelo HIV. A ocorrência de apenas uma união foi de 4,7% para mulheres vivendo com HIV/Aids e 18,7% mulheres sem HIV. Neste contexto é preciso considerar que os casamentos têm acontecido em idades mais avançadas (ARAÚJO, 2002). Considerando que a

vida sexual tem se iniciado mais precocemente, há maior possibilidade de troca de parcerias sexuais. Essa multiplicidade de parceiros, quando não utilizado adequadamente recursos de prevenção, aumenta o risco de exposição às ISTs (ARAÚJO et al., 2012). Apesar disso, é preciso contextualizar que a feminização foi majoritariamente o aumento de casos entre mulheres monogâmicas e não usuárias de drogas. Portanto, há de se considerar ainda, que apesar do casamento representar, na nossa cultura monogâmica, a prática sexual com um parceiro único, há uma necessidade de direcionamento da atenção para que essas mulheres também possam se reconhecer dentro de um contexto de risco (RODRIGUES; PERREAULT, 2013).

Este estudo evidenciou que entre mulheres vivendo com HIV/Aids a prática de sexo em troca de dinheiro era três vezes maior que no grupo de mulheres sem o vírus. Não sendo verificado se esta prática era eventual ou frequente. Estudos apontam um aumento da incidência de HIV e outras ISTs neste grupo populacional (DAMACENA; SZWARCOWALD; SOUZA JUNIOR, 2014). Considerando que a prática de sexo por dinheiro pode ser inerente a um período da vida ou como uma modalidade de trabalho, cabe discutir aqui a dificuldade de acesso deste grupo aos serviços de saúde, que muitas vezes são marginalizadas e estigmatizadas por trabalhar com o sexo (ESPOSITO; KAHHALE, 2006). As profissionais do sexo possuem dez vezes mais chances de se infectar pelo HIV que a população geral apresentando características singulares que predispõem a infecção e a transmissão do HIV, não limitados à intensa prática sexual, mas associados a problemas de saúde como o abuso de álcool e drogas, marginalização e violência (DAL POGETTO et al., 2012).

Ficou evidenciado que quase o dobro das mulheres vivendo com HIV/Aids tiveram outra IST nos últimos 12 meses, quando comparadas às mulheres sem o vírus. Destaca-se que a presença de outras ISTs aumenta significativamente o risco de transmissão do HIV (KHAN et al., 2011). Os determinantes sociais que levaram à contaminação pelo vírus, as relações de gênero, as condições de vida e o contexto cultural, continuam os mesmos após o diagnóstico, esse entendimento fortalece a necessidade de atuação junto a mulheres mais vulneráveis na adesão à terapêutica, no planejamento familiar, na relação conjugal e no controle da linha de transmissão (PAIVA et al., 2002; GRECO, 2008). Esta pergunta se relacionava à ocorrência de IST no último ano. A maioria das mulheres afirmou que aumentou a frequência do uso de preservativos, portanto, essa afirmação pode não traduzir a prática das relações sexuais de algumas mulheres, tendo em vista o percentual de IST encontrado.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo apresenta características e comparações da saúde sexual de mulheres com e sem HIV/Aids, evidenciando que os fatores associados com a infecção e que se diferenciam estatisticamente são a baixa renda, a parceria da primeira relação sexual, o número de parceiros sexuais na vida, a realização de sexo em troca de dinheiro e a ocorrência de IST. Estes fatores remetem a questões já abordadas em outros estudos relativos à vulnerabilidade em que as mulheres vivendo com HIV/Aids estão inseridas, que também estão pautadas nos planos de enfrentamento à feminização da epidemia.

Este foi o primeiro estudo com delineamento epidemiológico e desenho amostral complexo realizado em Porto Alegre, capital com maior taxa de detecção de HIV em adultos. Portanto, considera-se que estudo é relevante e original, e fornece evidências para ações de políticas públicas voltadas para o enfrentamento do HIV em Porto Alegre, particularmente no que concerne a saúde sexual. Neste sentido, cabe destacar que o estudo analisou questões comportamentais que evidenciam a saúde sexual antes e após o diagnóstico, a partir da análise de relações relevantes na vida das mulheres.

É relevante ressaltar que a transmissão sexual, entre mulheres heterossexuais, segue como a forma mais comum de transmissão do vírus, e mesmo com todos os esforços públicos principalmente com campanhas de conscientização e distribuição gratuita de preservativos, não foram observados avanços significativos no combate à epidemia. Este estudo apontou um número expressivo de mulheres que não utilizaram preservativo na primeira relação sexual, especialmente entre as vivendo com HIV/Aids. Também apontou que apesar de muitas mulheres relatarem o uso do preservativo após o diagnóstico, um percentual elevado, quando comparado ou grupo de mulheres sem HIV, apresentou IST nos últimos 12 meses. Esse dado aponta o não uso de preservativos e o impacto deste comportamento para a saúde sexual das mulheres vivendo com HIV. Em relação ao não uso de preservativo na relação atual por mulheres vivendo com HIV/Aids e a ocorrência de IST, considerado que o tratamento para as IST é realizado dentro dos serviços de saúde, há uma oportunidade de atuação dos serviços de saúde junto às mulheres para a prevenção e enfrentamento do HIV, de outras ISTs e para atuar frente ao comportamento sexual que as mesmas possam apresentar, objetivando melhorias para a saúde sexual deste grupo.

Há vários pesquisadores apontando que as questões de gênero possuem grande impacto sobre a transmissão do HIV, especialmente no que se refere ao não uso de preservativo. A dinâmica das relações também precisa ser melhor estudada. Por exemplo, este

estudo apontou associação entre baixa renda e infecção pelo HIV. Há estudos que referem que mulheres que dependem economicamente dos parceiros tendem a se submeter a situações de risco, que comprometem a saúde sexual.

Entendendo que a Aids é uma doença ligada ao sexo, o aspecto comportamental da sexualidade sempre vai estar presente desde o momento do diagnóstico e seguirá por toda a vida da mulher. É justamente por este motivo, que é fundamental compreender os fatores que podem comprometer a saúde sexual das mulheres infectadas. O entendimento de que as mulheres possuem diferentes necessidades precisa ser desenvolvido dentro dos serviços de saúde. O sexo e a sexualidade ainda são temas rodeados de tabus e preconceito. No meio científico, do ponto de vista de formação de recursos humanos, esta questão ainda é frágil. Esse é um dos motivos que em ambientes de saúde, onde deveria ser um espaço livre de preconceitos, ainda observam-se as limitações frente a essas discussões. No entanto, reforça-se que os dados desta dissertação sinalizam questões que podem ser trabalhadas nos serviços de saúde para a melhoria da saúde sexual das mulheres.

A partir da realização do estudo apresentado nesta dissertação, especificidades relacionadas à saúde sexual de mulheres vivendo com HIV/Aids também precisam ser discutidas entre profissionais de saúde, a fim de proporcionar atendimento e orientação de qualidade a estas mulheres, de forma que a saúde sexual possa ser avaliada na sua totalidade e que práticas de orientações acolhedoras possam proporcionar a mulher o exercício do direito sexual e a vivência da sexualidade com qualidade. As questões apresentadas nessa dissertação necessitam de investigações adicionais. Estudos qualitativos podem ajudar a elucidar questões que interferem sobre a saúde sexual das mulheres e que foram evidenciadas neste trabalho, especialmente quanto ao não uso de preservativo nas relações sexuais.

REFERÊNCIAS

ABIA. Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids - ABIA. **Patentes: por que o Brasil paga mais por medicamentos importantes para a saúde pública?**, 2006. Disponível em: <http://www.rebrip.org.br/publicacoes/por-que-o-brasil-paga-mais-por-medicamentos-importantes-para-a-saude-publica-24ed/>. Acesso em: 04/06/2017.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita et al. Vulnerability, Human Rights, and Comprehensive Health Care Needs of Young People Living With HIV/AIDS. **American Journal of Public Health**, v. 96, n. 6, jun. 2006. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1470608/pdf/0961001.pdf>. Acesso em: 12/06/2016.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Sobre o risco: para compreender a epidemiologia. **São Paulo: Hucitec**. 2011.

ANDRADE, Rosário Gregório; IRIART, Jorge Alberto Bernstein. Estigma e discriminação: experiências de mulheres HIV positivo nos bairros populares de Maputo, Moçambique. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.31, n.3, p. 565-574, Mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n3/0102-311X-csp-31-03-00565.pdf>. Acesso em: 03/01/2016.

ASSIS, Simone Gonçalves de; GOMES, Romeu; PIRES, Thiago de Oliveira. Adolescência, comportamento sexual e fatores de risco à saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 1, n. 48, p. 43-51, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n1/0034-8910-rsp-48-01-0043.pdf>. Acesso em: 11/12/2016.

ARAÚJO, Maria de Fátima. Amor, casamento e sexualidade: velhas e novas configurações. **Psicol. Cienc. Prof.**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 70-77, Jun. 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932002000200009. Acesso em: 11/05/2016.

ARAÚJO, Telma Maria Evangelista de et al. Fatores de risco para infecção por hiv em adolescentes risk factors for hiv infection in adolescents factores de riesgo para infección por vih en adolescentes. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 242-7. Abr/Jun. 2012. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4072/2864>. Acesso em: 11/05/2016.

BARBOSA, Jaqueline Almeida Guimarães; GUIMARÃES, Mark Drew Crosland; FREITAS, Maria Imaculada de Fátima. Sexualidade e vulnerabilidade social em face das infecções sexualmente transmissíveis em pessoas com transtornos mentais. **Rev Med Minas Gerais**. v. 23, n. 4, p. 455-461, 2013.

BASTOS, Francisco Inácio; SZWARCOWALD, Célia Landmann. AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. S65-S76, Jan. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v16s1/2213.pdf>. Acesso em: 11/02/2017.

BERTONI, Rochele Farioli, et al. Perfil demográfico e socioeconômico dos portadores de

HIV/AIDS do Ambulatório de Controle de DST/AIDS de São José, SC. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 39, n. 4, p.75-79, 2010. Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/835.pdf>. Acesso em: 05/01/2016.

BLANCHARD, et al. Contraception. Clinicians' perceptions and provision of hormonal contraceptives for HIV positive and at-risk women in Southern Africa: an original research article. *Contraception*, v.90, n.4, p. 391–398, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4437207/pdf/nihms604595.pdf>. Acesso em: 03/07/2016.

BORGES, Ana Luiza Vilela; SCHOR, Néia. Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil, 2002. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 499-507, Apr. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n2/16.pdf>. Acesso em: 04/06/2016.

BOTTI, Maria Luciana et.al. Convivência e Percepção do Cuidado Familiar ao Portador de HIV/AIDS: **Revista de enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 400-5, Jul/Set. 2009. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v17n3/v17n3a18.pdf>. Acesso em: 04/06/2016.

BOZON, Michel. **Sociologia da sexualidade**. Rio de Janeiro: FGV, 2004, 172p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Glossário temático: DST e aids** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Indicadores básicos para a saúde no Brasil**: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional de DST e AIDS. **PCAD Pesquisa de Conhecimento Atitudes e Práticas na População Brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Integrado de **Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST**. 2011b.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico - Aids e DST**. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Ano IV - nº 1 - da 27ª à 53ª semana epidemiológica - julho a dezembro de 2014. Ano IV - nº 1 - da 01ª à 26ª semana epidemiológica - janeiro a junho de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Expediente Boletim Epidemiológico - Aids e DST** Ano V - nº 1 - 27ª a 53ª - semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2015 Ano V - nº 1 - 01ª a 26ª - semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2016.

BRITO, Ana Maria de; CASTILHO, Euclides Ayres de; SZWARCOWALD, Célia Landmann. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 34, n. 2, p. 207-217, Apr. 2001. Disponível

em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v34n2/a10v34n2.pdf>. Acesso em: 11/02/2017.

CARLSSON-LALLOO, Ewa et al. Sexuality and Reproduction in HIV-Positive Women: A Meta-Synthesis. **AIDS Patient Care STDS**, v. 30, n. 2, p. 56–69, Fev. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4753620/pdf/apc.2015.0260.pdf>. Acesso em: 11/02/2017.

CAMARGO, Brígido V; Botelho, Lúcio J. Aids, sexualidade e atitudes de adolescentes sobre proteção contra o HIV. **Rev Saúde Pública**, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n1/5296.pdf>. Acesso em: 17/03/2016.

CAMARGO, Julia Polato et al. O perfil das detentas HIV positivo de uma penitenciária estadual do Paraná, Brasil. **J Health Sci. Inst.**, v. 30, n. 4, p. 369-76, 2012. Disponível em: https://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/04_out-dez/V30_n4_2012_p369a376.pdf. Acesso em: 12/05/2016.

CASTELLANI, Mayra Moreira Xavier; MORETTO, Maria Lúvia Tourinho. A experiência da revelação diagnóstica de HIV: o discurso dos profissionais de saúde e a escuta do psicanalista. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 24-43, Dez. 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v19n2/v19n2a03.pdf>. Acesso em: 19/06/2017.

CECCATO, Maria das Graças B. et al . Compreensão da terapia antirretroviral: uma aplicação de modelo de traço latente. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 1689-1698, jul. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n7/23.pdf> . Acesso em: 22/03/2016.

CHAVES, Gabriela Costa; VIEIRA, Marcela Fogaça; REIS, Renata. Acesso a medicamentos e propriedade intelectual no Brasil: reflexões e estratégias da sociedade civil. **Sur- Rev. Int. Direitos Human.**, São Paulo , v. 5, n. 8, p. 170-198, jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sur/v5n8/v5n8a09.pdf>. Acesso em: 20/03/2016.

CHEADE, Maria de Fátima Meinberg et al . Caracterização da tuberculose em portadores de HIV/AIDS em um serviço de referência de Mato Grosso do Sul. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 42, n. 2, p. 119-125, Abr. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v42n2/v42n2a05.pdf>. Acesso em: 08/06/2016.

COSTA, A. M. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil, **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1073-83, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n4/a09v14n4.pdf>. Acesso em: 09/07/2016.

DAL POGETTO, Maíra Rodrigues Baldin et al. Características de população de profissionais do sexo e sua associação com presença de doença sexualmente transmissível. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 877-883, Aug. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n4/14.pdf>. Acesso em: 26/08/2016.

DAMACENA, Giseli Nogueira; SZWARCOWALD, Célia Landmann; SOUZA JUNIOR, Paulo Roberto Borges de. Práticas de risco ao HIV de mulheres profissionais do sexo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 428-437, June 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n3/pt_0034-8910-rsp-48-3-0428.pdf. Acesso em: 29/04/2016.

DANTAS, Mariana de Sousa et al . Representações sociais do HIV/AIDS por profissionais de saúde em serviços de referência. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 35, n. 4, p. 94-100, Dec. 2014. Disponível em:

<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/45860/32387>.

Acesso em: 11/02/2017.

DIÓGENES, Maria Albertina Rocha et al. Sexualidade de portadores do vírus da imunodeficiência humana em face à doença: revisão integrativa. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 27, n. 4, p. 550-559, Out./Dez.. 2014. Disponível em:

<http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/3069>. Acesso em: 06/02/2016.

DOURADO, Inês et al. Tendências da epidemia de Aids no Brasil após a terapia anti-retroviral. **Rev Saúde Pública**, v. 40, Supl, p. 9-17. 2006. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40s0/03>. Acesso em: 05/02/2016.

DOURADO, Inês et al . Revisitando o uso do preservativo no Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 18, supl. 1, p. 63-88, Sept. 2015. Disponível

em: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18s1/pt_1415-790X-rbepid-18-s1-00063.pdf. Acesso em: 15/09/2016.

DUARTE, Marli Teresinha Cassamassimo; PARADA, Cristina Maria Garcia de Lima; SOUZA, Lenice do Rosário de. Vulnerabilidade de mulheres vivendo com HIV/Aids. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n. 1, Jan-Fev. 2014. Disponível em:

http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n1/pt_0104-1169-rlae-22-01-00068.pdf. Acesso em: 27/10/2016.

ESPOSITO, Ana Paula Gomes; KAHHALE, Edna Maria Peters. Profissionais do sexo: sentidos produzidos no cotidiano de trabalho e aspectos relacionados ao HIV. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 329-339, 2006. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/prc/v19n2/a20v19n2.pdf>. Acesso em: 08/08/2016.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Tradução Roberto Machado. Rio de Janeiro: edições Graal, 1979.

GALVÃO, L. **Saúde sexual e reprodutiva, saúde da mulher e saúde materna: a evolução dos conceitos no mundo e no Brasil**. In: Galvão L, Díaz J. Saúde sexual e reprodutiva no Brasil, São Paulo: Hucitec, Population Council, 1999.

GALVÃO, Jane. A política brasileira de distribuição e produção de medicamentos anti-retrovirais: privilégio ou um direito?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 213-219, Feb. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n1/8158.pdf>. Acesso em: 09/04/2017.

GARCIA, Sandra; SOUZA, Fabiana Mendes de. Vulnerabilidades ao HIV/aids no Contexto Brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. **Saude Soc.**, São Paulo , v. 19, supl. 2, p. 9-20, Dec. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19s2/03.pdf>. Acesso em: 08/09/2016.

GARCIA, Sandra; KOYAMA, Mitti Ayako Hara. Estigma, discriminação e HIV/Aids no contexto brasileiro, 1998 e 2005. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, supl. 1, p. 72-83,

June 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42s1/10.pdf>. Acesso em: 19/07/2016.

GÓMEZ, Cynthia A. Preventing HIV in U.S. Women and Girls: A Call for Social Action. **Women's Health Issues**, v. 2, n. 6S, p. S287–S294, 2011. Disponível em: https://ac.els-cdn.com/S1049386711001769/1-s2.0-S1049386711001769-main.pdf?_tid=6b7e2490-e5bf-11e7-b669-00000aab0f02&acdnat=1513799776_1e514443ab9e41d22f7a2cd8bf34c9e4. Acesso em: 06/05/2016.

GRANGEIRO, Alexandre et al. Prevalência e vulnerabilidade à infecção pelo HIV de moradores de rua em São Paulo, SP. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 674-684, Aug. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n4/4111.pdf>. Acesso em: 09/04/2016.

GRECO, Marília et al. Differences in HIV-risk behavior of bisexual men in their relationships with men and women. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, supl. 2, p. 109-117, Dec. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41s2/5956.pdf>. Acesso em: 16/04/2017.

GRECO, Dirceu B. A epidemia da Aids: impacto social, científico, econômico e perspectivas. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 22, n. 64, p. 73-94, Dec. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v22n64/a06v2264.pdf>. Acesso em: 24/02/2016.

GRUBER, E; GRUBE, J. W. Adolescent sexuality and the media: a review of current knowledge and implications. **Western Journal of Medicine**. v.172, n. 3, p. 210-214, 2000. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1070813/pdf/wjm17200210.pdf>. Acesso em: 23/02/2016.

HAHM, Hyeouk Chris; LEE, Jieha. Power Control, Sexual Experiences, Safer Sex Practices, and Potential HIV Risk Behaviors Among Young Asian-American Women. **AIDS Behav.**, v. 16, p. 179–188, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3389795/pdf/nihms385279.pdf>. Acesso em: 29/05/2017.

HARTMANN, Juliana Mano; CESAR, Juraci A. Conhecimento de preservativo masculino entre adolescentes: estudo de base populacional no semiárido nordestino, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, p. 2297-2306, Nov. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n11/16.pdf>. Acesso em: 21/09/2016.

HALLA, Ronaldo Campos et al. Estratégias de prevenção da transmissão do HIV para casais sorodiscordantes Strategies to prevent HIV transmission to serodiscordant couples. **Rev bras epidemiol.** v. 18, suppl 1, p. 169-182. Set. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18s1/pt_1415-790X-rbepid-18-s1-00169.pdf. Acesso em: 21/09/2016.

HEILBORN, Maria Luiza; GOUVEIA, Patrícia Fernanda. "**Marido é tudo igual: mulheres populares e sexualidade no contexto da Aids**". In: PARKER, Richard; BARBOSA, Regina (Orgs.). Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Ed. 34, 1999. p. 177-198.

HUGO, Tairana Dias de Oliveira et al. Fatores associados à idade da primeira relação sexual em jovens: estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n.11, p.2207-14, Nov. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n11/14.pdf>. Acesso em: 15/07/2016.

JAMAL, Leda Fátima; MOHERDAUI, Fábio. Tuberculose e infecção pelo HIV no Brasil: magnitude do problema e estratégias para o controle. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, supl. 1, p. 104-110, Sept. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41s1/6545.pdf>. Acesso em: 15/07/2016.

KAPLAN JE, Hamm TE, Forhan S, et al. The Impact of HIV Care and Support Interventions on Key Outcomes in Low and Middle-Income Countries: A Literature Review. Introduction. **Journal of acquired immune deficiency syndromes**, v. 68, n. Suppl 3, p. S253-S256. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4837451/pdf/nihms749751.pdf>. Acesso em: 23/02/2017.

KAR, Sujita Kumar; CHOUDHURY, Ananya; SINGH, Abhishek Pratap. “Understanding Normal Development of Adolescent Sexuality: A Bumpy Ride.” **Journal of Human Reproductive Sciences**, v. 8, n. 2, p. 70–4, Jul. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4477452/>. Acesso em: 02/08/2017.

KHAN, Mohsin Saeed et al. HIV, STI prevalence and risk behaviours among women selling sex in Lahore, Pakistan. **BMC Infect Dis.** v. 11, n. 11, p. 119, May 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3114735/>. Acesso em: 02/08/2017.

KONAN, Y.E. et al. Description des pratiques sexuelles des femmes ayant des rapports sexuels avec d’autres femmes face au VIH/sida à Abidjan. **Côte d’Ivoire Soc. Pathol. Exot.** v. 107, p. 369-75, 2014.

LEAL, Andréa Fachel; KNAUTH, Daniela Riva; COUTO, Márcia Thereza. A invisibilidade da heterossexualidade na prevenção do HIV/Aids entre homens. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 18, supl. 1, p. 143-55, Sept. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18s1/pt_1415-790X-rbepid-18-s1-00143.pdf. Acesso em: 02/08/2017.

LIMA, Maria Lúcia Chaves; MOREIRA, Ana Cleide Guedes. AIDS e feminização: os contornos da sexualidade. **Rev. Mal-Estar Subj.**, Fortaleza, v. 8, n. 1, p. 103-18, Mar. 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v8n1/06.pdf>. Acesso em: 29/05/2017.

LOTFI, R. et al. How do women at risk of hiv/aids in iran perceive gender norms and gendered power relations in the context of safe sex negotiations? **Arch Sex Behav.**, v. 42, n. 5, p. 873-81, Jul. 2013.

MADUREIRA, Valéria Silvana Faganello; TRENTINI, Mercedes. Da utilização do preservativo masculino à prevenção de DST/aids. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, p. 1807-1816, Dec. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n6/a15v13n6.pdf>. Acesso em: 02/08/2017.

MAIA, Christiane; GUILHEM, Dirce; FREITAS, Daniel. Vulnerabilidade ao HIV/Aids de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 42, n. 2, p. 242-248, Apr. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n2/6357.pdf>. Acesso em: 16/04/2017.

MELLO E SOUZA, Cecília de. **Dos estudos populacionais à saúde reprodutiva**, In: Ford Foundation. Os 40 Anos da Fundação Ford no Brasil: Uma parceria para a mudança social. Rio de Janeiro/São Paulo: EDUSP/Fundação Ford, 2002.

MONTEIRO, Simone; VILLELA, Wilza Vieira; KNAUTH, Daniela. Discrimination, stigma, and AIDS: a review of academic literature produced in Brazil (2005-2010). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 170-176, Jan. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n1/18.pdf> . Acesso em: 12/04/2017.

MOREIRA, E. D. et al. Help- seeking behavior for sexual problems: the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. **Int J Clin Pract.**, v. 59, n. 1, p. 6-16, 2005. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1742-1241.2005.00382.x/abstract;jsessionid=3CE25D3452DA86979E8462B6133621F6.f04t01>. Acesso em: 26/09/2016.

NEVES, Lis Aparecida de Souza et al . Aids e tuberculose: a coinfeção vista pela perspectiva da qualidade de vida dos indivíduos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 704-710, June 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/24.pdf>. Acesso em: 19/04/2017.

OLIVEIRA M.A.; ESHER, A. **Acesso universal ao tratamento para as pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil**. In: BERMUDEZ, J.A.Z.; OLIVEIRA, M.A. e ESHER, A. (orgs.). Acesso a medicamentos: derecho fundamental, papel del Estado. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, p. 233-250, 2004.

PAIVA, Vera et al. A sexualidade de adolescentes vivendo com HIV: direitos e desafios para o cuidado. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 10, p. 4199-4210, Oct. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n10/a25v16n10.pdf>. Acesso em: 22/11/2016.

PAIVA, Vera et al. Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/AIDS em São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 6, p. 1609-1619, Dec. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n6/13257.pdf>. Acesso em: 26/09/2016.

PEREIRA, Lidianny Braga et al. Fatores Sociodemográficos e Clínicos Associados à TARV e à Contagem T-CD4. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v.16, n. 2, p.149-160. 2012. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/11544/7321>. Acesso em: 26/05/2016.

PÉREZ-JIMÉNEZ, David; SANTIAGO-RIVAS, Marimer; SERRANO-GARCÍA, Irma. Comportamiento Sexual y Autoeficacia para la Negociación de Sexo Más Seguro en Personas Heterossexuales. **Interam J Psychol.** 43(2): 414–424. 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3403820/pdf/nihms359341.pdf>. Acesso em: 26/09/2016.

PINTO, Agnes Caroline S et al. Compreensão da pandemia da aids nos últimos 25 anos. **DST – J Bras Doenças Sex Transm**; 19(1): 45-50. 2007. Disponível em: <http://www.dst.uff.br/revista19-1-2007/7.pdf>. Acesso em: 02/03/2017.

REIS, Ana Cristina; SANTOS, Elizabeth Moreira dos; CRUZ, Marly Marques da. A mortalidade por aids no Brasil: um estudo exploratório de sua evolução temporal. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 16, n. 3, p. 195-205, set. 2007. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v16n3/v16n3a06.pdf>. Acesso em: 02/01/2016.

REIS, Renata Karina; GIR, Elucir. Convivendo com a diferença: o impacto da sorodiscordância na vida afetivo-sexual de portadores do HIV/AIDS. **Rev Esc Enferm USP**. v. 44, n. 3, p.759-65, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reensp/v44n3/30.pdf>. Acesso em: 12/01/2016.

RIBEIRO, K.C.S.; SILVA, J. da; SALDANHA, A.A.W. Querer é poder? A ausência do uso de preservativo nos relatos de mulheres jovens. **DST – J Bras Doenças Sex Transm**, v.23, n. 2, p.84-89, 2011. Disponível em: <http://www.dst.uff.br/revista23-2-2011/7-Querer%20e%20Poder.pdf>. Acesso em: 21/07/2016.

ROCHA, Solange; VIEIRA, Ana; LYRA, Jorge. Silenciosa conveniência: mulheres e Aids. **Rev. Bras. Ciênc. Polít.**, Brasília, n. 11, p. 119-141, Aug. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcpol/n11/05.pdf>. Acesso em: 14/05/2016.

ROCHA, Y. A.; SILVA, M. A. Conhecimento sobre HIV/AIDS e práticas sexuais de estudantes de graduação em enfermagem. **Estudos**, v. 41, n. 2, p. 275-289. 2014. Disponível em: <http://seer.pucgoias.edu.br/index.php/estudos/article/viewFile/3384/1970>. Acesso em: 19/03/2016.

RODRIGUES, C. S; PERREAULT, M. A. **Feminização do HIV/Aids sob perspectiva de mulheres infectadas**: uma questão de gênero. Grupo Enlace. Universidades Estaduais da Bahia, 2013.

ROSSI, Silvia Maria Gomes de et al. Impacto da terapia antirretroviral conforme diferentes consensos de tratamento da Aids no Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington , v. 32, n. 2, p. 117-123, Aug. 2012. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2012.v32n2/117-123/pt>. Acesso em: 29/10/2016.

SAITA, Nanci Michele; OLIVEIRA, Helenice Bosco de. Tuberculosis, SIDA y co-infección SIDA-tuberculosis en una gran ciudad. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 4, p. 769-777, Aug. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n4/es_18.pdf. Acesso em: 06/07/2016.

SANTOS, Renato Caio Silva; SCHOR, Néia. As primeiras respostas à epidemia de aids no Brasil: influências dos conceitos de gênero, masculinidade e dos movimentos sociais. **Psic. Rev. São Paulo**, volume 24, n.1, 45-59, 2015. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/24228/17438>. Acesso em: 20/05/2016.

SANTOS, Naila J. S. et al . Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 2, p. s321-s333, 2009.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25s2/14.pdf>. Acesso em: 30/10/2016.

SANTOS, Naila Janilde Seabra et al. A aids no Estado de São Paulo: as mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 5, n. 3, p. 286-310, Dec. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v5n3/07.pdf>. Acesso em: 09/03/2016.

SCHEFFER, M.; SALAZAR, A.; GROU, K. **O remédio via Justiça** - Um estudo sobre o acesso a novos medicamentos e exames em HIV/Aids no Brasil por meio de ações judiciais. Brasília: Ministério da Saúde, 136 p., 2005.

SCHUELTER-TREVISOL, Fabiana et al. Perfil epidemiológico dos pacientes com HIV atendidos no sul do Estado de Santa Catarina, Brasil, em 2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 87-94, Mar. 2013. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v22n1/v22n1a09.pdf>. Acesso em: 14/01/2016.

SEIDL, Eliane Maria Fleury; RIBEIRO, Tânia Renata Alves; GALINKIN, Ana Lúcia. Opiniões de jovens universitários sobre pessoas com HIV/AIDS: um estudo exploratório sobre preconceito. **Psico-USF (Impr.)**, Itatiba, v. 15, n. 1, p. 103-112, Apr. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psuf/v15n1/11.pdf>. Acesso em: 09/02/2016.

SILVA, Welington dos Santos et al. Fatores associados ao uso de preservativo em pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 28, n. 6, p. 587-592, Dec. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n6/1982-0194-ape-28-06-0587.pdf>. Acesso em: 21/06/2016.

SILVA, Aniel de Sarom Negrão et al. Início da vida sexual em adolescentes escolares: um estudo transversal sobre comportamento sexual de risco em Abaetetuba, Estado do Pará, Brasil. **Rev Pan-Amaz Saude**, v. 6, n. 3, p. 27-34, Set. 2015. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/rpas/v6n3/v6n3a04.pdf>. Acesso em: 21/05/2017.

SOUTO, Bernardino Geraldo Alves et al. O sexo e a sexualidade em pessoas que vivem com o vírus da imunodeficiência humana. **Rev. Soc. Bras. Clín. Med.**;10(5), Set-Out. 2012. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n5/a3151.pdf>. Acesso em: 11/04/2017.

SOUZA, Marcus Vinícius Nora de; ALMEIDA, Mauro Vieira de. Drogas anti-VIH: passado, presente e perspectivas futuras. **Quím. Nova**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 366-372, May 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/qn/v26n3/15663.pdf>. Acesso em: 01/02/2017.

TAQUETTE, Stella Regina. Epidemia de HIV/Aids em adolescentes no Brasil e na França: semelhanças e diferenças. **Saúde Soc.** São Paulo, v.22, n.2, p.618-628, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n2/v22n2a29.pdf>. Acesso em: 11/07/2017.

TAQUETTE, Stella Regina; RODRIGUES, Adriana de Oliveira; BORTOLOTTI, Livia Rocha. Infecção pelo HIV em adolescentes do sexo masculino: um estudo qualitativo. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 7, p. 2193-2200, July, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n7/1413-8123-csc-20-07-2193.pdf>. Acesso em: 13/07/2017.

TEIXEIRA, Luciana Barcellos et al. Factors associated with post-diagnosis pregnancies in women living with hiv in the south of brazil. **Plos one**, San Francisco, v. 12, n. 2, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5319676/>>. Acesso em: 11/07/2017.

TEIXEIRA, Luciana Barcellos et al. Sexual and reproductive health of women living with HIV in Southern Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p. 609-620, Mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000300018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18/01/2016.

TEIXEIRA, Luciana Barcellos. **Saúde sexual e reprodutiva de mulheres vivendo com HIV/Aids no sul do Brasil**. Porto Alegre: UFRGS, 2012. Tese (Doutorado em Epidemiologia) – Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

TELLES-DIAS, P. R. et al . Impressões sobre o teste rápido para o HIV entre usuários de drogas injetáveis no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, supl. 2, p. 94-100, Dec. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41s2/5957.pdf>. Acesso em: 09/04/2016.

TOLEDO, Melina Mafra; TAKAHASHI, Renata Ferreira; DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO, Mónica Cecilia. Elementos de vulnerabilidade individual de adolescentes ao HIV/AIDS. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 370-375, Apr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a24v64n2.pdf>. Acesso em: 16/06/2016.

TRINDADE, Wânia Ribeiro; FERREIRA, Márcia de Assunção. Sexualidade feminina: questões do cotidiano das mulheres. **Texto contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 3, p. 417-426, Sept. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n3/a02v17n3.pdf>. Acesso em: 07/02/2016.

UNFPA; Engender Health. **Saúde sexual e saúde reprodutiva das mulheres adultas, adolescentes e jovens vivendo com HIV e aids: subsídios para gestores, profissionais de saúde e ativistas**. Organização: EngenderHealth e UNFPA. Nova York: EngenderHealth e Brasília: UNFPA, 2008.

UNAIDS. Get on the Fast-Track. The life-cycle approach to HIV. **Finding solutions for everyone at every stage of life**. UNAIDS Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. 2016.

UNAIDS. **When women lead change happens**. Women advancing the end of AIDS. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. 2017.

VALADARES, Ana Lúcia Ribeiro et al. HIV em mulheres de meia-idade: fatores associados. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 56, n. 1, p. 112-115, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n1/25.pdf>. Acesso em: 22/03/2016.

VIEIRA, Ana Cristina de Souza et al. A epidemia de HIV/Aids e a ação do Estado. Diferenças entre Brasil, África do Sul e Moçambique. **Rev. Katálysis**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 196-206, Dec. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rk/v17n2/1414-4980-rk-17-02-0196.pdf>. Acesso em: 26/06/2016.

VILLARINHO, Mariana Vieira et al. Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 66, n. 2, p. 271-7, Mar – Abr. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/18.pdf>. Acesso em: 28/04/2016.

VILLELA, Wilza Vieira; BARBOSA, Regina Maria. Prevention of the heterosexual HIV infection among women: Is it possible to think about strategies without considering their reproductive demands?. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 18, supl. 1, p. 131-142, Sept. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18s1/pt_1415-790X-rbepid-18-s1-00131.pdf. Acesso em: 21/02/2017.

WAGNER, Tânia Maria Cemin; BOSI, Denise Rasia. Mulheres com HIV/AIDS: reações ao diagnóstico. **Contextos Clínic.**, São Leopoldo, v. 6, n. 2, p. 164-173, Dez. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cclin/v6n2/v6n2a10.pdf>. Acesso em: 21/04/2017.

WHO. **Health topics** – Sexual health. 2011.

WINGOOD, G. M. Feminization of the HIV epidemic in the United States: major research findings and future research needs. **J Urban Health**, v.80, n. 4, Supl 3, p. S67-77. 2003. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3456257/pdf/11524_2006_Article_246.pdf. Acesso em: 06/06/2016.

WIDMAN, L. et al. Adolescent Sexual Health Communication and Condom Use: A Meta-Analysis. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*. v. 33, n. 10, p.1113-1124. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4180730/>. Acesso em: 11/04/2017.

ZAMBENEDETTI, Gustavo; SILVA, Rosane Azevedo Neves da. Descentralização da atenção em HIV-Aids para a atenção básica: tensões e potencialidades. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 785-806, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v26n3/0103-7331-physis-26-03-00785.pdf>. Acesso em: 11/04/2017.

ANEXO 1: APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFRGS



**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
CARTA DE APROVAÇÃO**



O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul analisou o projeto:

Número : 2008216

Título : Saúde sexual e reprodutiva das mulheres no contexto da epidemia do HIV/Aids

Pesquisador (es)

<u>NOME</u>	<u>PARTICIPAÇÃO</u>	<u>EMAIL</u>	<u>FONE</u>
ALVARO VIGO	PESQUISADOR		
DANIELA RIVA KNAUTH	PESQUISADOR RESP		
LUCIANA BARCELLOS TEIXEIRA	PESQUISADOR		
FLÁVIA BULEGON PILECCO	PESQUISADOR		

O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS na reunião nº 62, ata nº14 de 17/12/2009 por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, sexta - feira , 18 de dezembro de 2009


 JOSÉ ARTUR BOGO CHIES
 Coordenador do CEP-UFRGS

Bruno Cassel Neto
 Vice-Pró-Reitor de Pesquisa
 PROPESQ/UFRGS

ANEXO 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), através de um núcleo de estudos na área de saúde sexual e reprodutiva, está conduzindo uma pesquisa na cidade de Porto Alegre com mulheres entre 18 e 49 anos. Essa pesquisa está sendo realizada em vários serviços de saúde e, após a conclusão do estudo, serão elaboradas propostas para melhorar a prevenção do HIV e dos cuidados com a saúde sexual e reprodutiva das mulheres nessas cidades.

Estamos fazendo um convite para você participar do estudo, caso você concorde, deverá assinar esse documento em duas vias (uma que ficará arquivada com os documentos da pesquisa e outra que será entregue a você). A participação na pesquisa consiste na realização de uma única entrevista individual com duração de aproximadamente uma a duas horas, em local privativo, e conduzida por uma entrevistadora treinada. Você não precisará informar seu nome completo, nem apresentar documentos de identificação. Os dados dessa entrevista serão posteriormente utilizados para uma pesquisa científica, com a garantia que não será possível associar sua pessoa com as respostas que serão dadas, pois seu nome não será mencionado em nenhum momento na condução da pesquisa. O material dessa pesquisa será arquivado, em local seguro, no núcleo de estudos que a pesquisa pertence na UFRGS por cinco anos, após esse prazo deverá ser destruído.

A participação no estudo é voluntária, ficando você livre caso você não queira responder alguma pergunta; depois que iniciarmos a entrevista, você terá o direito de interrompê-la se desejar desistir da participação. A decisão de participar ou não da pesquisa não influenciará nas rotinas desse serviço de saúde; portanto, se você optar por não participar da entrevista, você não terá nenhum tipo de prejuízo no seu atendimento no serviço de saúde.

Se você tiver alguma dúvida sobre o estudo, poderá contatar uma das pesquisadoras responsáveis: Daniela Riva Knauth ou Luciana Barcellos Teixeira, pelo telefone: (51) 33085461.

Declaração de consentimento:

Eu fui convidada e aceitei participar desta entrevista. Li as informações acima ou estas foram lidas para mim. Eu tive a oportunidade de perguntar tudo que eu queria saber sobre o estudo e obtive respostas satisfatórias. Eu entendi o motivo deste estudo, os procedimentos e os riscos e benefícios desses procedimentos.

Nome por extenso

Assinatura

Data