

**FUNDAÇÃO FRANCISCO MASCARENHAS  
FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS  
BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**WENDELL SOARES CARNEIRO**

**DST/HIV: AUTOPERCEPÇÃO DAS MULHERES, EM CONDIÇÕES DE  
SEMI-ÁRIDO, SOBRE SUA VULNERABILIDADE**

**PATOS – PB  
2010**

**WENDELL SOARES CARNEIRO**

**DST/HIV: AUTOPERCEPÇÃO DAS MULHERES, EM CONDIÇÕES DE SEMI-ÁRIDO, SOBRE SUA VULNERABILIDADE**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à coordenação do curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos, vinculado à linha de pesquisa Enfermagem em saúde coletiva, área de concentração: Saúde Coletiva, para obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem.

**Orientador (a):** Prof<sup>ª</sup> DSc. Ana Célia Rodrigues Athayde

**PATOS – PB  
2010**

**WENDELL SOARES CARNEIRO**

**DST/HIV: AUTOPERCEPÇÃO DAS MULHERES, EM CONDIÇÕES DE SEMI-ÁRIDO, SOBRE SUA VULNERABILIDADE**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à coordenação do curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos, vinculado à linha de pesquisa Enfermagem em saúde coletiva, área de concentração: Saúde Coletiva, para obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem.

**Aprovado em: 25 / 06 / 2010.**

**BANCA EXAMINADORA**

---

**DSc. Ana Célia Rodrigues Athayde – Orientadora**  
**Universidade Federal de Campina Grande**

---

**DSc. Jozinete Vieira Pereira– Primeiro membro**  
**Universidade Estadual da Paraíba**

---

**MSc. Maria José Cavalcanti de Andrade – Segundo membro**  
**Faculdades Integradas de Patos**

**PATOS – PB**  
**2010**

## RESUMO

As mulheres são especialmente vulneráveis às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) por características biológicas: a superfície vaginal exposta ao sêmen é relativamente extensa, e o sêmen apresenta maior concentração de Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) do que o líquido vaginal. As DSTs são mais frequentemente assintomáticas; e a mucosa vaginal é frágil, principalmente em mulheres mais jovens. O papel social, ou de gênero, da mulher, também aumenta seu risco. Em muitos setores da atenção à saúde as mulheres são tratadas como se não tivessem sexo e sexualidade, não havendo espaço para a abordagem de problemas concretos, muitas vezes vivenciados por elas como sexo fora do casamento, DST, gravidez indesejada, drogas e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Determinar a autopercepção das mulheres atendidas pelo serviço de saúde do município de Patos-PB, sobre a vulnerabilidade a DST/AIDS. O estudo é de caráter exploratório e descritivo com uma abordagem quali-quantitativa. O universo constou de todas as mulheres, em idade fértil, cadastradas nas Unidades de Saúde da Família (USF's) do município e constituídos por 381 mulheres em um todo com idade entre 15 e 49 anos. Tal valor foi então subdividido em três grupos, com idade e amostragem distintas. 68,6% das entrevistadas usam anticoncepcional sem camisinha na relação; 24,4% relataram ter usado algum tipo de droga/álcool antes da última relação; 37,7% delas declararam a prática de sexo não vaginal durante a relação sexual; 72,5% das avaliadas afirmaram a não utilização de preservativo, masculino ou feminino; 73,3% não se consideram vulneráveis a determinadas doenças. Tais dados comprovam a imaturidade sexual de determinadas mulheres. Ressalta-se a variância de fatores de vulnerabilidade, de acordo com a faixa etária. Constatou-se que a maioria relata saber o que realmente é e como acontece uma DST, porém não praticam nenhuma atividade preventiva condizente com a informação e educação que relatam ter. Observou-se uma constante preocupante de práticas promiscuas de sexo não vaginal, além da “imaturidade” de algumas praticantes que tiveram sua vida sexual iniciada precocemente. Percebe-se ainda, um dos mais preocupantes dados, a indiferença com a presença da doença em seu meio de convívio

**Palavras-chaves:** Autopercepção; Vulnerabilidade feminina; DST/HIV

## ABSTRACT

Women are especially vulnerable to sexually transmitted diseases (STDs) by biological characteristics: the vaginal area exposed to semen is relatively extensive, and the semen has a higher concentration of Human Immunodeficiency Virus (HIV) than vaginal fluid. STIs are most often asymptomatic, and the vaginal mucosa is fragile, especially in younger women. The social role, or gender, of women, it also increases your risk. In many sectors of health care, women are treated as if they had sex and sexuality, there is no place for dealing with specific problems, often experienced by them as sex outside marriage, sexually transmitted diseases, unwanted pregnancy, drugs and Immunodeficiency Syndrome (AIDS). To determine the perception of women served by the health service in the city of Patos-PB, on the vulnerability to STD / AIDS. The study is exploratory and descriptive qualitative-quantitative approach, the universe consisted of all women of childbearing age were enrolled in the Health Units Family (USF's) of the municipality and consisting of 381 women in an all aged between 15 and 49. This value was then divided into three groups with different age and sampling. 68.6% of the women use contraception without a condom in the relationship, 24.4% reported having used some type of drug / alcohol before their last intercourse, 37.7% of them said the practice of non-vaginal sex during intercourse and 72, 5% of assessed reported not using condoms, male or female, 73.3% do not consider themselves vulnerable to certain diseases. These data confirm the sexual immaturity of certain women. Emphasized the variance of vulnerability factors, according to age. It was found that most reports to know what really happens and how an STD, but do not practice any activity consistent with preventive information and education reporting. There was a constant concern of promiscuous sex practices not vaginal, and the "immaturity" of some practitioners who have had their sex life started early. It was also noticed, one of the most worrisome data, the indifference to the presence of the disease in their way of living.

**Key-words:** Self-perception; Vulnerability women; STD / HIV

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	6
1.1 Objetivos	8
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>	9
2.1 Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida	9
2.2 Vulnerabilidade Feminina às DST/ AIDS	10
2.3 Fatores que acentuam o risco de contágio feminino por DST/AIDS	12
<b>3 METODOLOGIA</b>	14
3.1 Tipo e local do estudo	14
3.2 População e amostra	14
3.3 Instrumentos para coleta dos dados	15
3.4 Procedimentos para coleta dos dados	15
3.5 Análise dos dados	15
3.6 Procedimento ético	16
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	17
4.1 Dados sócio-demográficos da amostra	17
4.2 Dados específicos ao objeto do estudo	20
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	40
<b>REFERÊNCIAS</b>	42
<b>APÊNDICES</b>	
<b>APÊNDICE A -Termo de Consentimento Livre Esclarecido</b>	49
<b>APÊNDICE B – Instrumento para coleta de dado</b>	50
<b>ANEXO A - CERTIDÃO</b>	52

## 1 INTRODUÇÃO

As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's) são doenças causadas por microorganismos tais como vírus, fungos, bactérias, e protozoários, veiculados por via sexual, quase que exclusivamente e, tal fato, é de importância epidemiológica relevante. Intimamente relacionada com as DST's está a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e as mulheres representam uma parcela cada vez maior dos casos de HIV/AIDS, sendo que as DSTs facilitam a transmissão desse vírus. Presume-se que no país o número de portadores ultrapasse 500 mil. De 1980 até maio de 2000, mais de 190.000 casos foram registrados. Dos casos acumulados, 25% ocorreram em mulheres – cerca de metade delas na faixa etária dos 20 a 34 anos (BRASIL, 2001).

Entre os casos novos de AIDS, há dois homens para cada mulher, a participação feminina na doença tem, portanto, aumentado. As mulheres são especialmente vulneráveis às DSTs por características biológicas: a superfície vaginal exposta ao sêmen é relativamente extensa, e o sêmen apresenta maior concentração de HIV do que o líquido vaginal. As DST são mais frequentemente assintomáticas; e a mucosa vaginal é frágil, principalmente em mulheres mais jovens. O papel social, ou de gênero, da mulher, também aumenta seu risco (GROSSKURTH et al., 1995).

As relações, que ainda persistem, em ser desiguais, de poder e dependência econômica das mulheres, limitam o acesso a informações adequadas e atualizadas. Em razão disso, e da proporção crescente de mulheres entre os casos novos de AIDS, é importante que sejam desenvolvidas estratégias de prevenção mais efetivas entre as mulheres.

Observa-se que em muitos setores da atenção à saúde, as mulheres são tratadas como se não tivessem sexo e sexualidade, não havendo espaço para a abordagem de problemas concretos, muitas vezes vivenciados por elas como sexo fora do casamento, DST, gravidez indesejada, drogas e AIDS.

A AIDS figura como segunda causa de morte em adultos (20 a 49 anos) no Brasil. A transmissão heterossexual foi responsável por quase metade dos casos (49,7%) de AIDS notificados em 1998, se forem excluídos os de transmissão ignorada. A via heterossexual é

hoje o modo dominante da transmissão do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) na população feminina (BRASIL, 1999). Além de outras medidas, a prevenção também é feita através do controle das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs). Em um estudo, realizado na Tanzânia, encontrou-se redução da ordem de 42% na incidência do HIV em uma comunidade, depois do controle e tratamento das DSTs (GROSSKURTH et al., 1995).

As Universidades no seu perfil extensionista vêm tentando contribuir com a sociedade principalmente com a difusão de técnicas que minimizem os agravos em saúde. Além de contribuir com o aspecto socioeconômico, favorece a docentes e discentes o campo de práticas para a consolidação de seus cursos e disciplinas, junto às reais necessidades da comunidade, onde estão inseridas.

Inúmeras são as contribuições que poderão ser oferecidas para minimizar problemas de saúde da coletividade, no entanto, para serem mais eficientes, estas deverão ser apontadas de forma estratégica na resolução dos problemas pontuais. Frequentemente observam-se em evidência as doenças de transmissão por via sexual, principalmente na população feminina, a qual se configura num perfil modernista, porém em algumas situações surge o questionamento: Será que as mulheres, no contexto da atualidade, estão devidamente instruídas sobre determinados agravos?

Diante da atual diversidade de fatores que envolvem o tema DST/AIDS; da representação mundial dessas patologias; e da maneira como as doenças estão se espalhando entre as mulheres na atualidade, especialmente entre aquelas que não são consideradas “de risco”, surge à necessidade de um estudo sobre a autopercepção de sua vulnerabilidade a tais doenças, com o intuito de identificar os medos e anseios que envolvem a sociedade feminina na atual situação da doença.

## 1.1 Objetivos

### Geral



Determinar a autopercepção das mulheres atendidas pelo serviço de saúde do município de Patos-PB, sobre a vulnerabilidade a DST/HIV.

### Específicos

Investigar o perfil sócio-demográfico das mulheres atendidas pelo serviço de saúde do município de Patos - PB;

Analisar a colaboração dos serviços de atenção básica diante da problemática: autopercepção das mulheres sobre a vulnerabilidade às DSTs/HIV;

Avaliar a acessibilidade à informações inerentes ao tema e aos métodos contraceptivos por parte das mulheres atendidas pelo serviço de saúde do município de Patos - PB.

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### 2.1 Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência adquirida - DST/AIDS

No Brasil, embora se observe uma tendência à estabilização na incidência de Aids, crescem persistentemente os casos de infecção por HIV em indivíduos acima de 35 anos.

Evidenciam-se no País a heterossexualização e feminização da epidemia, associadas ao aumento de incidência entre populações mais vulneráveis socioeconomicamente. No Distrito Federal (DF) já foram notificados 5.599 casos de Aids, com incidência de 19,4 casos por 100.000 habitantes em 2006, a quinta maior do País (BRASIL, 2006).

De acordo com Gir et al. (1999), a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), causador da AIDS, expõe seus portadores a um prognóstico sombrio, por ainda não se dispor de vacinas ou terapêutica eficaz; como também pelo seu elevado potencial de disseminação, constituindo-se atualmente um dos grandes problemas de saúde pública mundial. Outras doenças sexualmente transmissíveis (DST), como a sífilis e a gonorréia, que nos anos 50 deixavam de ser visualizadas como problema, pelo menos no aspecto da sua incidência, desde os anos 60, vêm recrudescendo de maneira assustadora, favorecendo a contaminação pelo HIV e alterando o quadro clínico característico em seus portadores, dificultando inclusive o diagnóstico. Acrescenta-se, ainda, a associação de crenças em tabus e preconceitos que interferem, sobretudo na prevenção e controle de tais afecções.

A prevalência elevada de DSTs entre as mulheres nos países em desenvolvimento tem sugerido a necessidade da expansão dos métodos de detecção (TEMMERMAN et al., 1998; WILKINSON et al., 1997). No entanto, a crescente importância da transmissão heterossexual do HIV/AIDS no Brasil sugere a necessidade de se obterem dados epidemiológicos em uma variedade de populações para se determinarem as estratégias de intervenção mais apropriadas (GIFFIN; LOWNDES, 1999).

## 2.2 Vulnerabilidade Feminina as DST/HIV

No campo da educação, o modelo das crenças em saúde (*healthbelief models*) preconiza que há quatro percepções relevantes para aceitar intervenções médico-sanitárias: de suscetibilidade, severidade, benefícios e barreiras (SILVEIRA et al., 2002). Indivíduos que não se sentem vulneráveis a uma doença não costumam aceitar as medidas preventivas recomendadas. Observa-se também que, apesar de conscientes de sua vulnerabilidade, muitos indivíduos persistiam em práticas de risco e, conseqüentemente, em se contaminar.

De acordo com, Giffin (1998), nas pesquisas voltadas para a compreensão dos determinantes de risco entre os diferentes grupos populacionais, não existe homogeneidade. Ou seja, enquanto os segmentos da população inicialmente mais afetados pela epidemia – homossexuais masculinos, profissionais do sexo – têm sido exaustivamente pesquisados e monitorados em todo o mundo, estudos sobre mulheres existem em menor quantidade, tendo sido incrementados apenas a partir dos impactos crescentes da heterossexualização da epidemia. Embora haja menor número de estudos sobre mulheres e AIDS realizados em diferentes grupos populacionais femininos, utilizando abordagens metodológicas distintas, existe concordância com relação à dificuldade das mulheres negociarem práticas sexuais mais seguras, devido às diferenças de poder entre os gêneros, em particular, na esfera da sexualidade.

Essas diferenças colocam as mulheres em desvantagem em relação à sua autoproteção (GOLDSTEIN, 1994; GUIMARÃES, 1994; HEISE; ELIAS, 1995; GOMEZ; MARIN, 1996; BARBOSA, 1996). Segundo alguns autores que estudam estes aspectos afirmam que os esforços de prevenção do HIV em mulheres, só terão sucesso efetivo na dependência da mudança de comportamento masculino com o aumento do uso do preservativo (CAMPBELL, 1995). Nas duas últimas décadas, o HIV/Aids tem se caracterizado por uma dinâmica de contínuas transformações, suscitando dilemas técnicos e éticos referentes ao seu enfrentamento e à escolha das melhores estratégias preventivas para seu controle (CASTILHO et al., 2000).

As mudanças nas abordagens epidemiológicas (de “grupos de risco para comportamentos de risco” e, posteriormente, para “vulnerabilidade”) permitiram ampliar o foco de atenção para a sociedade como um todo e não apenas para grupos isolados. No entanto, essa alteração no olhar da sociedade não foi capaz de promover uma mudança efetiva no que se refere ao estigma associado à doença (GUILHEM, 2005).

Talvez isso se deva ao fato de que a Aids foi reconhecida como uma “epidemia da imoralidade”, já que inicialmente estava associada a pessoas e comportamentos considerados desviantes. “Epidemia da imoralidade” é um conceito desenvolvido por Guilhem (2005), sobre a percepção social do HIV/Aids vinculada a metáforas, tais como “peste gay” e às pessoas inicialmente acometidas pela doença, tais como prostitutas e usuários de drogas. Nesse sentido, a história moral da Aids permitiu a construção da noção de que essa seria uma

“doença estrangeira”, dos “outros”, daqueles considerados distantes morais. Mas o tênue limite entre o “eu” e “outro” emerge a partir do momento que a infecção ultrapassa os limites do público e do privado, alcançando a sacralidade da família e do casamento. Persistem dificuldades relativas à compreensão do contexto das interações pessoais, em particular dos fatores que interferem no estabelecimento e na manutenção das alianças conjugais e dos relacionamentos afetivo-sexuais (KNAUTH, 1997).

Muitos dos aspectos ligados à sexualidade e Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Humana (DST/AIDS), vêm sendo trabalhados, no social, principalmente pelos agentes da Educação e da Saúde. Ainda que timidamente, o processo educativo direciona para a desmistificação do sexo ligado a conotação de feio, ruim, sujo e pecaminoso, caminhando também a uma orientação para a compreensão dos ganhos e perdas da vida, tendo em vista, a negociação, para a conquista de uma vida melhor. A não reversão destes problemas têm significado verdadeiros entraves na educação em saúde, dificultando assim, o avanço da saúde integral e, particularmente, da sua saúde sexual, tanto do aspecto individual quanto coletivo, quando na verdade, devesse existir orientação adequada à adoção de hábitos e estilo de vida, saudáveis e responsáveis (ABIA, 1992; BUENO, 1996; CACERES et al., 1994).

A desinformação, por sua vez, tem peso significativo neste processo, favorecendo, consideravelmente, a vulnerabilidade aos riscos de contaminação, na aquisição de doenças, sobretudo as DST/AIDS, como também, prejudica o enfrentamento de muitos outros problemas, nesta área. Esta situação torna-se mais grave na vida da comunidade carente, quando na realidade, além da falta de conhecimentos específicos sobre estas questões, ainda podem ter dificuldades quanto ao acesso a elas. E além do mais, entendemos que, os indivíduos que tenham a vivência de práticas sexuais, de forma ativa, acabam passando por circunstâncias complexas, que a sua própria contextualidade os expõe, necessitando assim, de um trabalho educativo efetivo, visando atender esta demanda (ABIA, 1992; BRASIL, 1992).

### 2.3 Fatores que acentuam o risco de infecção feminino por DST/HIV

Os componentes da vulnerabilidade individual pode ser de ordem cognitiva (quantidade e qualidade de informação que os indivíduos dispõem e capacidade de elaborá-la) ou de ordem comportamental (capacidade, habilidade e interesse para transformar essas preocupações em atitudes e ações protegidas e protetoras), considerando-se que a vulnerabilidade está relacionada aos comportamentos que criam oportunidades para que as pessoas venham a contrair doenças, ou seja, relacionados tanto com condições objetivas do ambiente quanto com condições culturais e sociais em que os comportamentos ocorrem, bem como com o grau de consciência que as pessoas têm sobre tais comportamentos e ao efetivo poder que podem exercer para transformá-los (SALDANHA et al., 2008).

O componente social da vulnerabilidade envolve o acesso às informações, as possibilidades de assimilarem-nas e o poder de incorporá-las as mudanças práticas na vida cotidiana, condições estas diretamente associadas ao acesso a recursos materiais, a instituições sociais como escola e serviços de saúde, ao poder de influenciar decisões políticas, à possibilidade de enfrentar barreiras culturais e de estar livre de coerções violentas de todas as ordens, dentre outras, que precisam então ser incorporadas às análises de vulnerabilidade e aos projetos educativos às quais elas dão sustentação (SALDANHA et al., 2008).

A submissão que ocorre com muitas mulheres, também tem-se tornado um fator de risco para o desenvolvimento de doenças, visto pois, o homem ainda representa a fonte de sobrevivência para elas e de seu (sua) filho(a), tornando a sua dominação inquestionável. Sendo assim, sabe-se que o sexo é um dos prazeres que esta população tem e, sem dúvida, é o escape da realidade que lhes é muito cruel, ou melhora, suas vidas. Elas têm muitos problemas com relação à pobreza, a qual faz sombra à AIDS (STRAZZA et al., 2005), visto pois, serem as populações marginalizadas aquelas que estão mais a mercê das doenças, não só pelas situações insalubres de moradia, mas sobremaneira, pelas condições sócio-culturais e práticas de saúde das mesmas, o que deveria mudar, mediante a ação da atenção primária em saúde.

O número de mulheres com AIDS, no Brasil, mostra que apesar da ampla divulgação da epidemia, esta clientela tem dificuldade para mudar seus hábitos, mesmo sendo as vias de transmissão do HIV conhecidas por grande parte das mulheres (GIR et al., 2006), o que evidencia a não efetivação das práticas de educação em saúde e, ainda demonstra mais um, da gama de fatores contributivos para a infecção feminina por DST/HIV.

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 Tipo e local de estudo**

O presente estudo é de caráter exploratório e descritivo, o qual terá por finalidade principal, conhecer as características de um determinado fenômeno para procurar, posteriormente, explicações das causas e conseqüências do mesmo (RICHARDSON, 1999). Apresentando-se com uma abordagem qualiquantitativa.

O trabalho realizou-se no Município de Patos - PB, localizado à margem esquerda do Rio Espinharas. Distante 301 km da capital João Pessoa. Altitude de 242 m de clima semi-árido. Com uma população média de 99.494 habitantes segundo o IBGE (2006).

#### **3.2 População e amostra**

O universo constou de todas as mulheres em idade fértil cadastradas nas Unidades de Saúde da Família (USF's) do município. A amostra foi definida após análise, elaboração e estabelecimento de um coeficiente de confiabilidade de 95%, feito por estatístico devidamente habilitado, o mesmo considerou variáveis como o número total de mulheres cadastradas, na idade estudada, (28.526). Por fim observaram-se os valores a serem estudados, constituídos por 381 mulheres em um todo com idade entre 15 e 49 anos. Tal valor foi então subdividido em três grupos, com idade e amostragem distintas; O grupo 1 constituiu-se de 16% do total, onde a idade variou de 15 a 19 e foram entrevistadas 60 mulheres; O grupo 2 compôs-se de 63% das mulheres pesquisadas e a idade variou de 20 a 39, 240 mulheres participaram; Por fim, o grupo 3 foi constituído por 21% da amostra total, composto com mulheres de 40 a 49 anos de idade, das quais foram questionadas 81. Foi utilizada como única exigência, que estivessem na prática sexual produtiva e reprodutiva. Foram elas escolhidas de forma aleatória, dentre as que voluntariamente desejassem participar da pesquisa com a prévia assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

### 3.3 Instrumento para coleta de dados

Para a coleta dos dados, foi apresentado um Roteiro de Entrevista Pré-Estruturado (Apêndice B), o qual passou por um teste-piloto para comprovar sua eficácia e, este constou apenas de questionamentos objetivos, a fim de facilitar e qualificar adequadamente os resultados obtidos.

### 3.4 Procedimento para coleta dos dados

A rede física de atenção básica à saúde dispõe de 34 Unidades, desenvolvendo Estratégia de Programa de Saúde da Família - PSF. O trabalho foi realizado em todas as Unidades de Saúde da Família do município de Patos - PB, no período de maio a agosto de 2009, através da Secretaria de Saúde.

### 3.5 Análise dos dados

Os dados coletados foram analisados em conformidade com a literatura pertinente, após sua disposição em valores absolutos e frequências relativas. Dispostos, então, em gráficos e/ou tabelas, facilitando assim sua compreensão.

### 3.6 Procedimento ético

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Foram respeitados os preceitos da bioética. Conforme a Resolução 196/96, foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), onde foram explicados aos responsáveis pelas fontes de coleta de dados, os objetivos do estudo e sua metodologia, além de garantir aos mesmos o sigilo sobre a identidade dos usuários e o direito de desistência de sua participação em qualquer fase da pesquisa (BRASIL, 1996).



## **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A partir da metodologia utilizada pôde-se chegar aos seguintes resultados.

### **4.1- Dados sócio-demográficos da amostra**

A Tabela 1 mostra a relação das variáveis socioeconômicas e demográficas, onde pode ser observado que a amostra foi constituída, em sua minoria por jovens, 16% (60), optando-se por trabalhar com uma maioria que se encontra em vida produtiva e reprodutiva 63% (240), daí a quantidade diminuta das que estavam em condição final de produtividade econômica, 21% (81).

Não houve recusas quando da abordagem para participação no estudo, tão pouco nenhuma participante, após as coletas dos dados necessitou ou solicitou serem excluídas e substituídas.

Viu-se, pois, que os serviços de saúde precisam estar preparados para o atendimento das necessidades destas pacientes, o que vai muito além da simples distribuição de medicações anti-DST/HIV. Além disso, conhecer as características das mulheres infectadas por DST/HIV, pode auxiliar na identificação e na elaboração de programas de prevenção mais efetivos, visando diminuir a contaminação destas entre as mulheres.

Analiticamente os dados apresentam tamanha relevância devido a íntima relação entre a baixa escolaridade, baixa renda e as doenças infecto-contagiosas de maneira geral, haja

vista, que para se desenvolver adequadamente medidas profiláticas quanto a tais doenças exige-se condições sanitárias mínimas.

**Tabela 1** - Dados sócio-demográficos colhidos, em questionários para avaliação da autopercepção da vulnerabilidade das mulheres, em condições de semi-árido, a DST/AIDS, em Unidades Básicas de Saúde do município de Patos, Paraíba, 2010.

<b>Variável</b>	<b>Classes</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<i>Faixa etária</i>	15 a 19	60	16,0
	20 a 39	240	63,0
	40 a 49	81	21,0
<i>Estado civil</i>	Solteiro	198	51,9
	Casado	153	40,1
	Outros	30	8,0
<i>Renda familiar</i>	1 a 3	342	89,7
	4 a 6	33	8,6
	Superior a 7	6	1,5
<i>Escolaridade</i>	1º grau completo	132	34,6
	2º grau completo	162	42,5
	3º grau completo	87	22,9
<i>Tipo de instituição onde trabalha</i>	Instituição pública	51	13,3
	Instituição privada	108	28,3
	Não trabalha	222	58,4
<i>Religião</i>	Católica	336	88,1
	Protestante	36	9,4
	Outras	9	2,5
<b>TOTAL</b>	<b>-</b>	<b>381</b>	<b>100%</b>

Ainda na tabela 1 observou-se que a amostra era constituída de 51,9% (198) de solteiras; 40,1% (153) de casadas e, 8% (30) das que possuíam outros relacionamentos conjugais. No tocante a renda familiar, 89,7% (342) a possuíam entre um e três salários mínimos; 8,6% (33) entre quatro e seis salários, e 1,5% (6) superior a sete salários. Quanto ao grau de escolaridade observou-se que 34,6% (132) eram possuidoras do 1º grau completo; 42,5% (162) do 2º grau completo, e 22,9% (87) com o 3º grau completo. Constatou-se ainda que, 58,4% (222) das mulheres entrevistadas não trabalhavam; 28,3% (108) trabalhavam em rede privada e 13,3% (51) o faziam em rede pública. Quanto à religião 88,1% (336) eram católicas; 9,4% (36) evangélicas e 2,5% (9) tinham por escolha outras religiões (tab. 1). Na distribuição das amostras de forma parcial, ou seja, em três grupos (G1, G2 e G3), detalhadas na tabela 2, pode-se observar o grupo 1 (G1 - 15-19 anos) com 65% (39) dos indivíduos em

estado civil atual solteiro, 25% (15) são casadas e 10% (6), têm outros tipos de relacionamentos conjugais. Observou-se também que 100% (60) desse grupo apresentava renda familiar entre 1 e 3 salários mínimos. 35% (21) apresentaram escolaridade de 1º grau completo, outros 35% (21) com 2º grau completo, e 30% (18) têm o 3º grau concluído. Em sua maioria, 75% (45) não trabalham enquanto 20% (12) trabalham em rede privada e 5% (3) em rede pública. A maioria, 85% (51), são católicas 10% (6) evangélicas e 5% (3) são adeptas de outras religiões.

O grupo 2 (G2 - 20-39 anos), apresenta 52,5% (126) dos indivíduos solteiros, 43,75% (105) casadas e, 3,75% (9) com outros relacionamentos conjugais. A predominância permanece, 86,25% (207) com renda familiar entre 1 e 3 salários mínimos, 11,25% entre 4 e 6 salários, e 2,5% com a renda superior a 7 salários. Quanto à escolaridade, 32,5% (78) têm 1º grau, 48,75% (117) o 2º grau, e 18,75% (45) 3º grau. Em sua maioria, 60% (144) não trabalham 30% (72) trabalha em rede privada e 10% (24) em rede pública. A religião predominante é católica, 90% (216), e 10% (24) evangélicas. No grupo 3 (G3 - 40-49 anos), 40,7% (33) são solteiras, 40,7% (33) casadas e, 18,6% (15) outros relacionamentos. 92,5% (75) tem renda familiar entre 1 e 3 salários mínimos, e 7,5% entre 4 e 6 salários. 40,7% (33) apresentam 1º grau completo, 29,65% (24) o 2º grau, e 29,65% (24) 3º grau. Em sua maioria, 40,7% (33) não trabalham 29,65% (24) trabalha em rede privada e 29,65% (24) em rede pública. 85% (69) são católicos, 7,5% (6) evangélicos, e outros 7,5% (6) têm outras religiões.

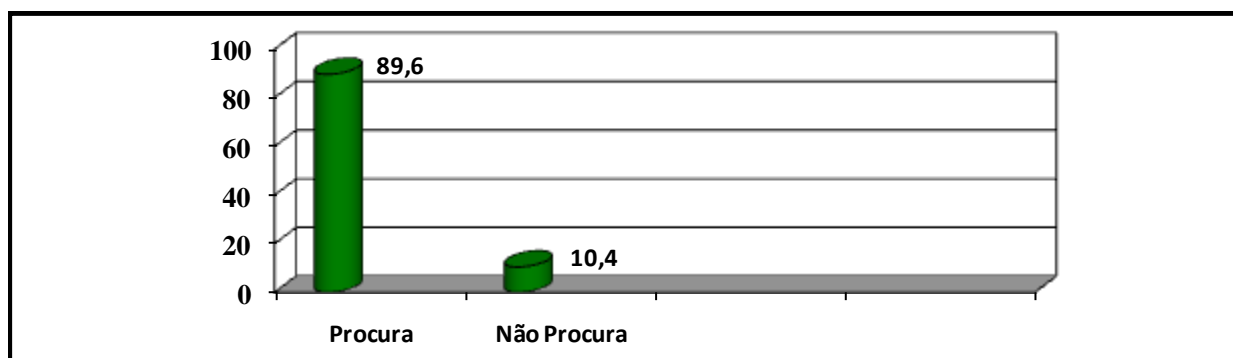
**Tabela 2** - Distribuição sócio-demográfica da amostra por faixa etária, dados colhidos em questionários para avaliação da autopercepção da vulnerabilidade das mulheres, em condições de semi-árido, a DST/AIDS, em Unidades Básicas de Saúde do município de Patos, Paraíba, 2010.

Faixa etária		15 a 19		20 a 39		40 a 49	
Variável	Classes	f	%	f	%	f	%
Estado civil	Solteiro	39	65,0	126	52,5	33	40,7
	Casado	15	25,0	105	43,8	33	40,7
	Outros	6	10,0	9	3,7	15	18,6
Renda familiar	1 a 3	60	100,0	207	86,3	75	92,5
	4 a 6	0	0,0	27	11,2	6	7,5
	> 7	0	0,0	6	2,5	0	0,0
Escolaridade	1º grau	21	35,0	78	32,5	33	40,6
	2º grau	21	35,0	117	48,8	24	29,7
	3º grau	18	30,0	45	18,7	24	29,7
Tipo de instituição onde trabalha	Pública	3	5,0	24	10,0	24	29,7
	Privada	12	20,0	72	30,0	24	29,7
	Não trabalha	45	75,0	144	60,0	33	40,6

<i>Religião</i>	Católico	51	85,0	216	90,0	69	85,0
	Protestante	6	10,0	24	10,0	6	7,5
	Outras	3	5,0	0	0,0	6	7,5

Analisando as variáveis sócio-demográficas anteriormente citadas, percebe-se que, em sua maioria, a amostra avaliada predomina-se de mulheres jovens e solteiras, com renda familiar relativamente baixa, nível de instrução escolar inferior, prevalecendo 2º e 1º graus respectivamente, além da predominância de mulheres desempregadas. Tais fatores fazem valer os aspectos enfocados por alguns autores, os quais vêm relatando, que o papel social ou de gênero, da mulher, também aumenta seu risco do contágio por tais doenças. As relações desiguais de poder e a dependência econômica das mulheres, especialmente em países em desenvolvimento, limitam o acesso as informações adequadas e atualizadas. Quando ocorre é penosa a modificação de comportamentos e a manutenção dessas mudanças nas interações cotidianas (BASTOS; SZWARCOWALD, 2000).

#### 4.2 - Dados específicos ao objeto do estudo



**Figura 1** - Distribuição da amostra quanto à procura pelos serviços de saúde, dados colhidos em questionários para avaliação da autopercepção da vulnerabilidade das mulheres, em condições de semi-árido, a DST/AIDS, em Unidades Básicas de Saúde do município de Patos, Paraíba, 2010.

Quanto às indagações no que se refere à temática autopercepção de vulnerabilidade feminina as DST/HIV, pode-se observar, de acordo com a figura 1, que 89,6% (342) declararam procurar o serviço de saúde, e 10,4% (39) não realizam tal procura.

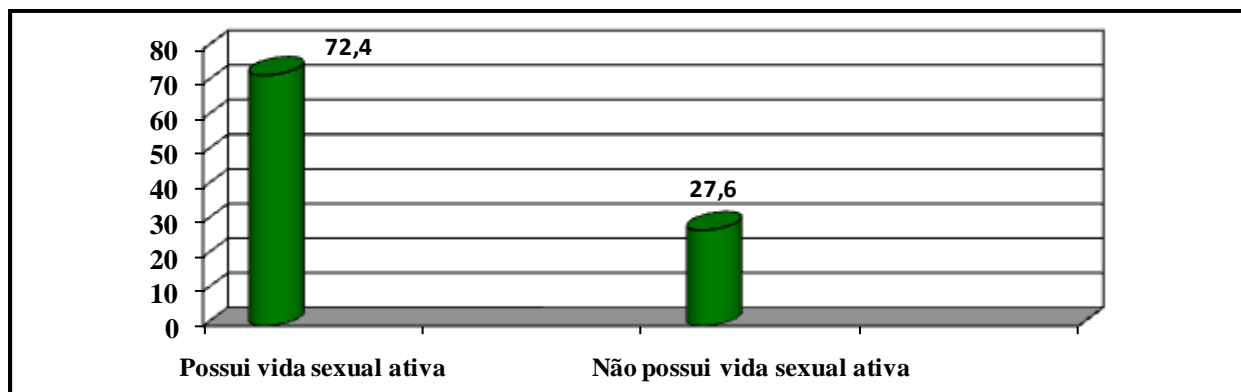
Na tabela 3, percebe-se que do G1, 85% (51) declaram procurar o serviço de saúde, e 15% (9) não o fazem. No G2, 91,2% (219) procuram o serviço, 8,8% (21) não o faz. E, no G3, 89% (72) procuram, enquanto 11% (9) não buscam.

**Tabela 3** - Distribuição da amostra por faixa etária quanto à procura do serviço de saúde, dados colhidos em questionários para avaliação da autopercepção da vulnerabilidade das mulheres, em condições de semi-árido, a DST/AIDS, em Unidades Básicas de Saúde do município de Patos, Paraíba, 2010.

Faixa	15 a 19				20 a 39				40 a 49			
	Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não	
Idéia central	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
<i>Procura o serviço de saúde</i>	51	85,0	9	15,0	219	91,2	21	8,8	72	89,0	9	11,0

Dentre os dados específicos da amostra como um todo se observa que apesar da procura pelo serviço ser relatada pela maioria, os resultados da não procura são dados preocupantes não só na atenção a saúde no que se refere as DST/HIV, mas no contexto da saúde de maneira holística. Relevantes também são os aspectos que revelam a manutenção de uma vida sexual ativa por parte das entrevistadas, pois de acordo com os relatos de autores como Yorke et al. (1978), Rothemberg (1983) e Potterat et al. (1985), os adultos jovens vivenciam sua sexualidade com maior liberdade e as mudanças econômicas que levaram à concentração da população de baixa renda nos perímetros urbanos, onde as condições de saúde, quase sempre, são precárias, o nível de instrução é baixo e nem sempre é fácil o acesso aos serviços de saúde, o que têm elevado o número de casos novos de doenças nessas duas populações. Além disso, há pessoas denominadas grupos núcleo de disseminação das doenças infecciosas por estarem assumindo papel preponderante como disseminadores das infecções dentro de algumas comunidades e populações fechadas, em virtude de suas práticas sexuais de risco.

De acordo com a figura 2 observou-se que 72,4% (276) afirmaram possuir vida sexual ativa, enquanto 27,6% (105) assumiram não possuir.



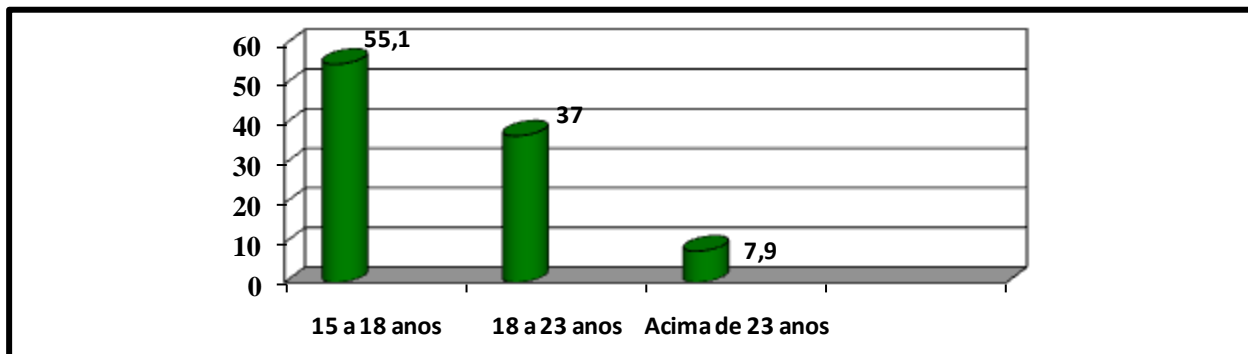
**Figura 2** - Distribuição da amostra quanto à atividade sexual, dados colhidos em questionários para avaliação da autopercepção da vulnerabilidade das mulheres, em condições de semi-árido, a DST/AIDS, em Unidades Básicas de Saúde do município de Patos, Paraíba, 2010.

Do G1, 100% (60), possuem vida sexual ativa, no G2, 68,7% (165) possuem vida sexual ativa, enquanto 31,3% (75) não e, 63% (51) do G3, possuem vida sexual ativa, enquanto 37% (30) não (tab. 4).

**Tabela 4** - Distribuição da amostra por faixa etária quanto à atividade sexual, dados colhidos em questionários para avaliação da autopercepção da vulnerabilidade das mulheres, em condições de semi-árido, a DST/AIDS, em Unidades Básicas de Saúde do município de Patos, Paraíba, 2010.

Faixa	15 a 19				20 a 39				40 a 49			
	Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não	
Idéia central	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
<i>Possui vida sexual ativa</i>	60	100,0	0	0,0	165	68,7	75	31,3	51	63,0	30	37,0

Na figura 3, 55,1% (210) afirmaram ter iniciado a vida sexual com idade entre 15 e 18 anos, enquanto 37% (141) entre 18 e 23, e 7,9% (30) com idade superior a 23 anos.



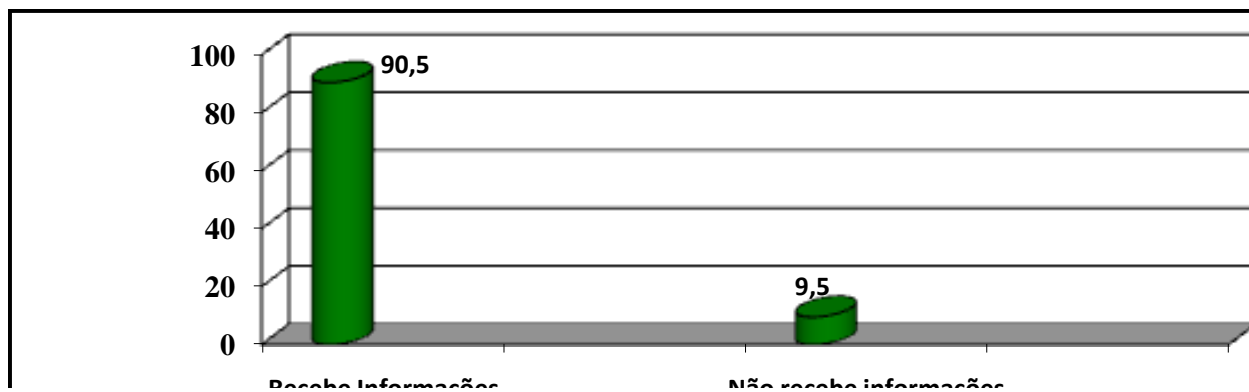
**Figura 3** - Distribuição da amostra quanto ao início da atividade sexual, dados colhidos em questionários para avaliação da autopercepção da vulnerabilidade das mulheres, em condições de semi-árido, a DST/AIDS, em Unidades Básicas de Saúde do município de Patos, Paraíba, 2010.

Quanto ao início da vida sexual, no G1, 100% (60) iniciaram a vida sexual com idade entre 15 e 18 anos, enquanto no G2, 42,5% (102) iniciaram a vida sexual com a mesma faixa etária, além dos 50% (120) que tiveram início entre 18 e 23, e 7,5% (18) com idade superior a 23 anos. No G3 mostra-se que 59,2% (48) iniciaram a vida sexual com idade entre 15 e 18 anos, 25,9% (21) entre 18 e 23, e 14,9% (12) com idade superior a 23 anos.

Percebe-se que a maior parte da amostra teve um início de vida sexual “precoce”, com idade entre 15 e 18 anos, ou ainda de 18 a 23 anos de idade. Bastos e Szwarcwald (2000) relataram que as mulheres são especialmente vulneráveis às DST por características biológicas como: a superfície vaginal exposta ao sêmen é relativamente extensa e, o sêmen apresenta maior concentração de HIV do que o líquido vaginal.

As DST são mais frequentemente assintomáticas; e a mucosa vaginal é frágil, principalmente em mulheres mais jovens. E, estudos vêm revelando que grande parte das mulheres se infecta na faixa etária entre 15 e 24 anos, em plena vida reprodutiva (UNAIDS, 2000)

A figura 4 retrata a disponibilidade de informações no serviço de saúde, onde 90,5% (345) afirmaram que o serviço disponibilizava sim, informações sobre tais doenças, em contrapartida outros 9,5% (36) afirmaram que tais informações não são oferecidas a elas pelo serviço público de saúde.



**Figura 4** - Distribuição da amostra quanto ao repasse de informações pelo serviço de saúde, dados colhidos em questionários para avaliação da autopercepção da vulnerabilidade das mulheres, em condições de semi-árido, a DST/AIDS, em Unidades Básicas de Saúde do município de Patos, Paraíba, 2010.

No tocante a assistência ao indivíduo vulnerável, ou mesmo já infectado, as ações de saúde nem sempre são implementadas de forma adequada pelos profissionais, em relação às práticas de trabalho, muitos procedimentos técnicos sofreram alterações (GIR et al., 2006).

O sexo vem na percepção e vivência das pessoas ocupando espaço diferenciado nos relacionamentos. A necessidade sexual das mulheres é considerada menor que a dos homens (ANDRADE; NÓBREGA-TERRIEN, 2005), contudo é carente nos níveis de atenção à saúde, até mesmo nas Universidades, a abordagem da temática sexualidade e orientações para as diversas faixas etárias e gêneros.

Na tabela 5, vê-se que do G1, 85% (51) afirmam que o serviço disponibiliza sim informações sobre tais doenças, enquanto outros 15% (9) não relataram tal recepção. O G2 apresenta-se com 92,5% (222) que dizem, sim, as informações são oferecidas, enquanto 7,5% (18) não afirmam oferecimento de tais informações por parte dos serviços. Por fim, no G3 89% (72) relataram que são oferecidas as informações, enquanto 11% (9) não concordam.

**Tabela 5** - Distribuição da amostra quanto ao repasse de informações pelo serviço de saúde, dados colhidos em questionários para avaliação da autopercepção da vulnerabilidade das mulheres, em condições de semi-árido, a DST/AIDS, em Unidades Básicas de Saúde do município de Patos, Paraíba, 2010.

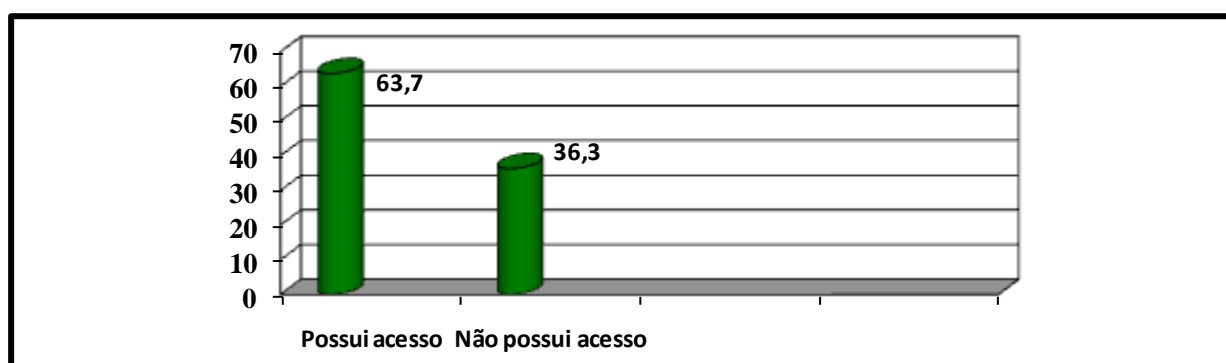


Faixa	15 a 19				20 a 39				40 a 49			
	Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não	
Idéia central	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Repasse de informações	51	85,0	9	15,0	222	92,5	18	7,5	72	89,0	9	11,0

No estudo atual percebe-se que a amostra, em sua maioria, declara receber informações devidas, dos serviços de saúde, sobre tais doenças e estas informações são avaliadas no momento em que se questionou sobre o que seriam DST/HIV e como se poderiam prevenir as mesmas. Francis e Chin (1987) acreditam que a educação ao público é considerada uma das medidas mais efetivas para reduzir a disseminação da AIDS, favorecida principalmente por relações sexuais com pessoas infectadas ou por exposição a sangue e seus derivados contaminados pelo HIV.

Desta forma, para uma educação permanente e prevalente, deve-se ater-se a porção da amostra que afirma não receber tais informações e assim desenvolver métodos apropriados que abranjam a todos os usuários; ou específicos que orientem grupos de diferentes perfis, sejam sociais, culturais ou qualquer outro.

Da amostra trabalhada 63,7% (243) têm acesso aos métodos contraceptivos, enquanto 36,3% (138) atestaram não ter acessibilidade a tais métodos (Fig. 5).



**Figura 5** - Distribuição da amostra quanto ao acesso aos métodos contraceptivos, dados colhidos em questionários para avaliação da autopercepção da vulnerabilidade das mulheres, em condições de semi-árido, a DST/AIDS, em Unidades Básicas de Saúde do município de Patos, Paraíba, 2010.

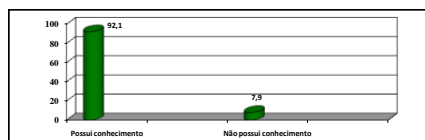
Do G1, 85% (51) dos indivíduos têm acesso aos métodos contraceptivos, 15% (9) referem não ter acessibilidade. O G2 mostra que 67,5% (162) têm sim acesso aos métodos, enquanto 32,5% (78) não o têm. No G3, 37% (30) têm acesso, 63% (51) não (tab. 6).

**Tabela 6** - Distribuição da amostra quanto ao acesso aos métodos contraceptivos, dados colhidos em questionários para avaliação da autopercepção da vulnerabilidade das mulheres, em condições de semi-árido, a DST/AIDS, em Unidades Básicas de Saúde do município de Patos, Paraíba, 2010.

Faixa	15 a 19		20 a 39				40 a 49					
	Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não	
Idéia central	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	F	%
<i>Acesso aos métodos</i>	51	85,0	9	15,0	162	67,5	78	32,5	30	37,0	51	63,0

Nos dados coletados viu-se que a acessibilidade aos métodos contraceptivos é flutuante, porém sua utilização é relatada, principalmente pelas jovens e solteiras. Afirma-se que o interesse sobre o comportamento contraceptivo de jovens brasileiros tem crescido em decorrência do fato de que, desde 1980, em todas as regiões do País, vem decaindo a taxa de fecundidade, exceto nesta faixa etária (CAMARANO, 1998). Béria (1998) em estudo comparativo de dados da pesquisa do Demography and Health Survey (DHS) três em 37 países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, verificou-se que embora quase todos adolescentes pesquisados relatem conhecer pelo menos um método contraceptivo, seu uso tem-se revelado de pequena magnitude e de modo irregular. Isso é consistente com resultados nacionais, indicando que o uso da contracepção não tem, necessariamente, uma relação direta com o conhecimento dos adolescentes, envolvendo outros determinantes.

Quando argüidos a cerca do conhecimento sobre DST/AIDS 92,1% (351) afirmaram realmente saber o que significa, enquanto 7,9% (30) relataram não ter conhecimento do tema (Fig. 6).



**Figura 6** - Distribuição da amostra quanto ao conhecimento sobre o tema DST/HIV, dados colhidos em questionários para avaliação da autopercepção da vulnerabilidade das mulheres, em condições de semi-árido, a DST/AIDS, em Unidades Básicas de Saúde do município de Patos, Paraíba, 2010.

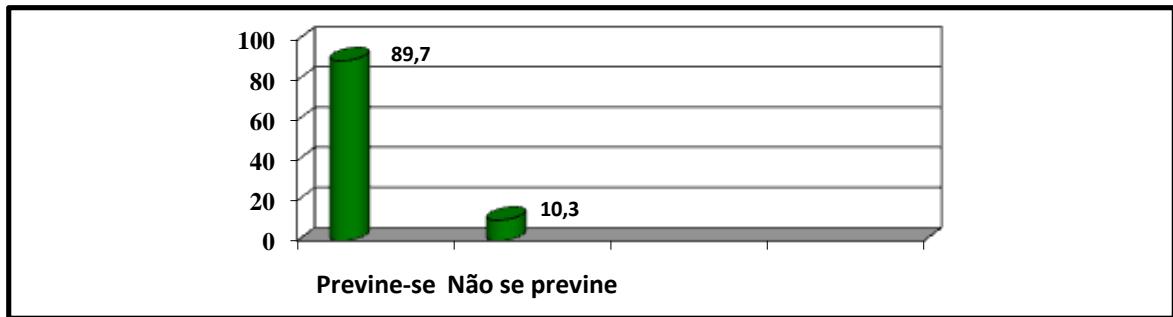
A tabela 7 mostra que o G1 apresenta que 90% (54) das entrevistadas declaram realmente saber o que são DST/AIDS, enquanto 10% (6) relatam não saber. O G2 apresenta 98,8% (237) que conhecem o que são tais termos, enquanto 1,2% (3) não e por fim, do G3, 74% (60) estão cientes do que são DST/AIDS e, 26% (21) não sabem do que se trata.

**Tabela 7** - Distribuição da amostra quanto ao conhecimento sobre o tema DST/HIV, dados colhidos em questionários para avaliação da autopercepção da vulnerabilidade das mulheres, em condições de semi-árido, a DST/AIDS, em Unidades Básicas de Saúde do município de Patos, Paraíba, 2010.

Faixa	15 a 19				20 a 39				40 a 49			
	Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não	
<b>Idéia central</b>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>Conhecimento sobre DST/HIV</i>	54	90,0	6	10,0	237	98,8	3	1,2	60	74,0	21	26,0

A AIDS, por exemplo, ao longo do tempo, tem-se sobreposto à concepção de doença, sendo considerada um fenômeno social complexo e multifacetado, envolvendo questões que perpassam dados epidemiológicos (RIBEIRO et al., 2006), e sofre influências situacionais familiares, da saúde do indivíduo e do contato com doenças similares.

Ao se analisar quanto à prevenção as DST/HIV, a figura 7 mostra que, 89,7% (342) previnem-se contra essas doenças, enquanto 10,3% (39) não realizam atividades de prevenção.



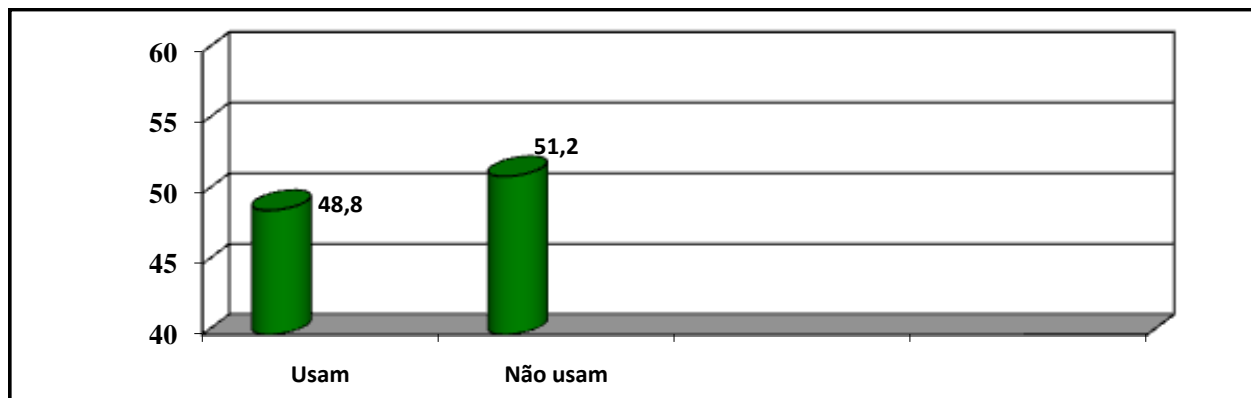
**Figura 7** - Distribuição da amostra quanto à prática de prevenção contra DST/HIV nas relações sexuais, dados colhidos em questionários para avaliação da autopercepção da vulnerabilidade das mulheres, em condições de semi-árido, a DST/AIDS, em Unidades Básicas de Saúde do município de Patos, Paraíba, 2010.

Do G1, 95% (57) se previnem contra as doenças que disseram conhecer, enquanto 5% (3) não exercem tal prática. No G2, 87,5% (210) previnem-se, 12,5% (30) não. No G3 96,2% (78) previnem-se de tais doenças e, 3,8% (3) não exercem tal prevenção (tab. 8).

**Tabela 8** - Distribuição da amostra quanto à prática de prevenção contra DST/HIV nas relações sexuais, dados colhidos em questionários para avaliação da autopercepção da vulnerabilidade das mulheres, em condições de semi-árido, a DST/AIDS, em Unidades Básicas de Saúde do município de Patos, Paraíba, 2010.

Faixa	15 a 19				20 a 39				40 a 49			
	Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não	
Idéia central	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Prevenção nas relações	54	90,0	6	10,0	210	87,5	30	12,5	78	96,2	3	3,8

Na utilização dos métodos contraceptivos, 48,8% (186) das entrevistadas relatou a utilização de anticoncepcionais como método, enquanto 51,2% (195) não fazem uso de tal método (Fig. 8).



**Figura 8** - Distribuição da amostra quanto ao uso de anticoncepcionais, dados colhidos em questionários para avaliação da autopercepção da vulnerabilidade das mulheres, em condições de semi-árido, a DST/AIDS, em Unidades Básicas de Saúde do município de Patos, Paraíba, 2010.

De acordo com as recomendações nacionais, o aconselhamento é focado nas seguintes orientações para a prevenção da ocorrência das DST/AIDS: adesão ao tratamento, tratamento do parceiro (a)(s) sexual(is), uso do preservativo ou abstinência sexual durante o tratamento, retorno para reavaliação e aceitação do teste anti-HIV (ARAÚJO et al., 2004), não sendo o uso exclusivo de anticoncepcionais uma prática para esse fim.

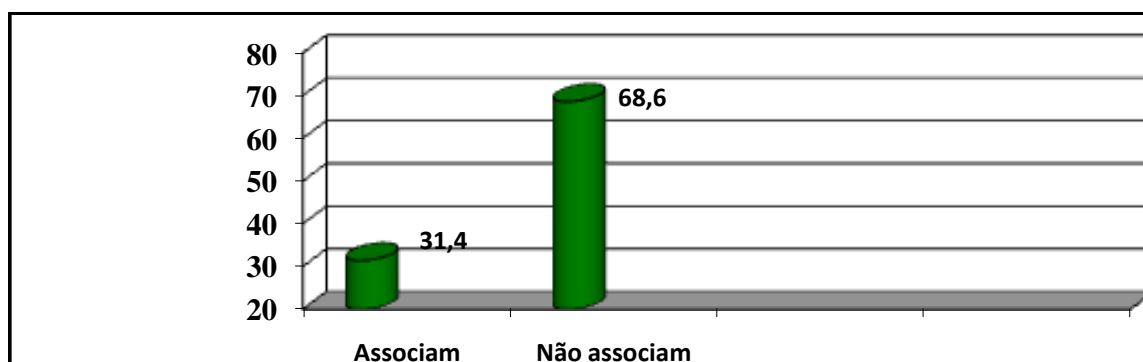
Na tabela 9 pode-se observar que, 45% (27) das entrevistadas do G1, relatam a utilização de anticoncepcionais, enquanto 55% (33) não fazem uso destes. 63,8% (153) no G2 utilizam, enquanto 36,2% (87) não. 7,6% (6) do G3 utilizam anticoncepcionais, e 92,4% (75) não fazem uso de tais.

**Tabela 9** - Distribuição da amostra quanto ao uso de anticoncepcionais, dados colhidos em questionários para avaliação da autopercepção da vulnerabilidade das mulheres, em condições de semi-árido, a DST/AIDS, em Unidades Básicas de Saúde do município de Patos, Paraíba, 2010.

Faixa	15 a 19		20 a 39		40 a 49	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não

<b>Idéia central</b>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>Uso de anticoncepcional</i>	27	45,0	33	55,0	153	63,8	87	36,2	6	7,6	75	92,4

Com relação a outros métodos contraceptivos (Fig. 9) 31,4% (120) afirmaram o uso de preservativo, com ou sem o uso de anticoncepcional, enquanto 68,6% (261) relataram que não faziam uso do mesmo.



**Figura 9** - Distribuição da amostra quanto ao uso de anticoncepcional associado a “camisinha”, dados colhidos em questionários para avaliação da autopercepção da vulnerabilidade das mulheres, em condições de semi-árido, a DST/AIDS, em Unidades Básicas de Saúde do município de Patos, Paraíba, 2010.

No G1, 50% (30) delas afirmaram o uso de preservativo com ou sem anticoncepcional associado, enquanto outros 50% (30) relataram não usar. O G2 apresenta-se com 31,3% (75) que usaram com ou sem associação e, 68,7% (165) que não usaram. Por fim, o G3 mostra que 18,6% (15) afirmaram o uso de preservativo com ou sem o anticoncepcional, e outros 81,4% (66) afirmaram não usá-los (tab. 10).

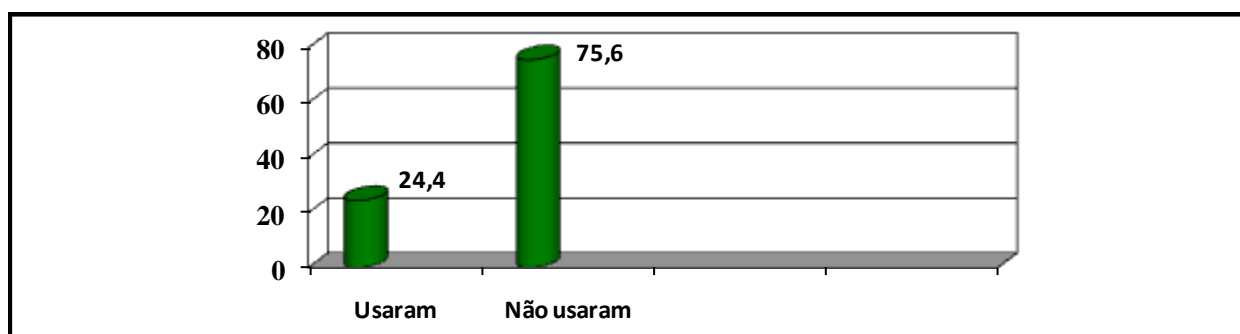
**Tabela 10** - Distribuição da amostra quanto ao uso de anticoncepcional associado a “camisinha”, dados colhidos em questionários para avaliação da autopercepção da vulnerabilidade das mulheres, em condições de semi-árido, a DST/AIDS, em Unidades Básicas de Saúde do município de Patos, Paraíba, 2010.

<b>Faixa</b>	<b>15 a 19</b>		<b>20 a 39</b>		<b>40 a 49</b>	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não

<b>Idéia central</b>	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
<i>Uso de pílula + camisinha</i>	30	50,0	30	50,0	75	31,3	165	68,7	15	18,6	66	81,4

Quanto ao uso de preservativo, percebeu-se que foi uma variável preocupante, as mulheres que usavam anticoncepcionais e parte prevalente das entrevistadas do G3, tiveram um uso “mínimo”, dito pelas participantes que usavam principalmente como prevenção da gravidez, que agora em tais condições não necessitavam. Berer e Ray (1993) afirmaram que os fatores socioeconômicos são mais concisos, e explicam mais adequadamente o quadro atual da epidemia, especialmente nos países pobres e em desenvolvimento. As relações assimétricas que se estabelecem entre homens e mulheres se revelam através da violência sexual, do sexo comercial, do sexo inter-geracional e na maior dificuldade em negociar a adoção de práticas sexuais mais seguras, que evidentemente aumentam a vulnerabilidade feminina às DST e, em especial, ao HIV. Apesar das diferenças entre os países e povos, deve-se registrar que freqüentemente há interações sinérgicas entre gênero, raça/etnia, classe social e idade, resultando em decisões incoerentes para a higidez do ser humano (SAFIOTI, 1992; QUINN, 1993).

Na figura 10, 24,4% (93) afirmaram ter usado algum tipo de droga/álcool antes da última relação sexual, em contrapartida 75,6% (288) afirmaram não ter feito uso de tais substâncias.



**Figura 10** - Distribuição da amostra quanto ao uso de drogas/álcool antes da última relação sexual, dados colhidos em questionários para avaliação da autopercepção da vulnerabilidade das mulheres, em condições de semi-árido, a DST/AIDS, em Unidades Básicas de Saúde do município de Patos, Paraíba, 2010.

A tabela 11 apresenta, no G1, 20% (12) que disseram ter usado algum tipo de droga ou álcool antes da última relação, em contrapartida 80% (48) afirmaram não ter feito tal uso. O G2 tem 27,5% (66) que usaram e, 72,5% (174) que não o fizeram. No G3, 18,6% (15) utilizaram, enquanto 81,4% (66) não fizeram tal uso.

**Tabela 11** - Distribuição da amostra quanto ao uso de drogas/álcool antes da última relação sexual, dados colhidos em questionários para avaliação da autopercepção da vulnerabilidade das mulheres, em condições de semi-árido, a DST/AIDS, em Unidades Básicas de Saúde do município de Patos, Paraíba, 2010.

Faixa	15 a 19				20 a 39				40 a 49			
	Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não	
<b>Idéia central</b>	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
<i>Uso de drogas/álcool antes da última relação</i>	12	20,0	48	80,0	66	27,5	174	72,5	15	18,6	66	81,4

Outros dados preocupantes foram os de uso de algum tipo de droga/álcool antes da última relação sexual, onde a prevalência por faixa etária não é tão exacerbada, porém quando considerada a amostra por completa, trata-se de um dado assustador. Segundo Cates Jr e Holmes (1991); Weinstock et al. (1995) e Wilson et al. (1998), o papel das drogas tem aumentado a população de grupos-núcleo, de tais doenças, da mesma forma que também tem agido como facilitador para o comportamento de risco.

Cerca de 37,7% (144) relataram, na Figura 11, a prática de sexo oral/anal durante a relação, enquanto 62,3% (237) afirmaram não realizar tal prática sexual.

Um dos agravantes da vulnerabilidade é evidenciado pelas limitações no espaço das relações pessoais, principalmente no que se refere à relação afetivo-sexual, comportamentos que envolvem a prática sexual, como a iniciação sexual precoce, as práticas sexuais e troca de parceiros, geralmente são apontados como fatores de risco e, não se limitam ao indivíduo, estando inserido em um contexto maior, por sistemas construídos sócio-historicamente e

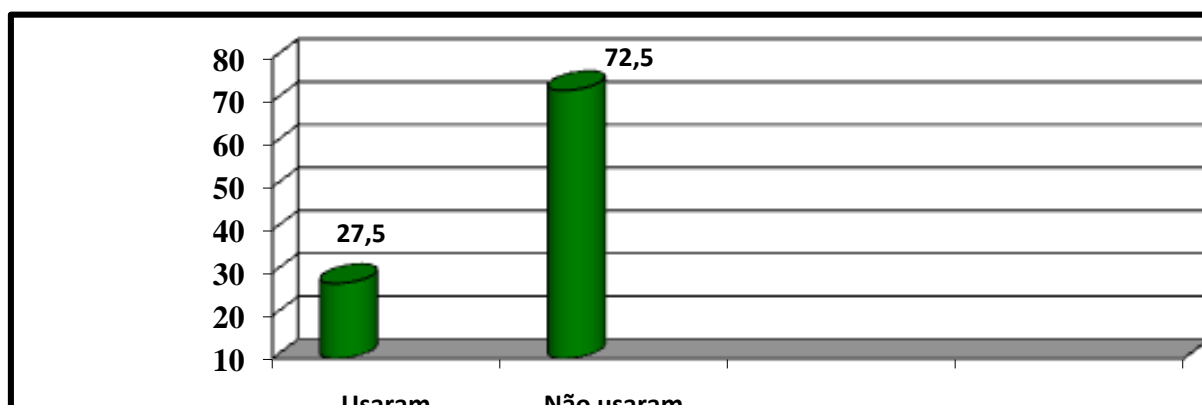




<i>Prática de sexo não vaginal</i>	24	40,0	36	60,0	93	38,8	147	61,2	27	33,3	54	66,7
------------------------------------	----	------	----	------	----	------	-----	------	----	------	----	------

Ao se avaliar a prática de sexo não vaginal, encontraram-se valores elevados no tocante a esse estudo. Silveira (2002), encontrou uma prevalência de 3%, de tal prática, na última relação sexual antes da realização das entrevistas de seu estudo. Relata-se ainda que a incidência desses dados variam, de 7% quando investigado o último ano, a 7% quando avaliada a última relação (BÉRIA; BARROS, 1998).

Na figura 12, 27,5% (105) da amostra afirmaram ter utilizado preservativo durante a última relação, e outros 72,5% (276) não fizeram tal uso.



**Figura 12** - Distribuição da amostra quanto ao uso de preservativo na última relação sexual, dados colhidos em questionários para avaliação da autopercepção da vulnerabilidade das mulheres, em condições de semi-árido, a DST/AIDS, em Unidades Básicas de Saúde do município de Patos, Paraíba, 2010.

A tabela 13 apresenta o G1 com 50% (30) que afirmaram ter utilizado preservativo durante a última relação e, outros 50% (30) não fizeram tal uso. No G2, 23,8% (57) afirmaram o uso do preservativo em sua última relação e, 76,3% (183) não o fizeram. Por fim, do G3, 22,4% (18) usaram e, 77,6% (63) não fizeram uso deste método.

Esta vulnerabilidade se agrava quando associada ao uso não-sistemático de preservativo. Observando-se também, sobretudo entre as mais jovens, na primeira relação

sexual, um maior uso de camisinha, provavelmente devido ao advento da AIDS e ao sucesso de suas campanhas de prevenção, uma vez que a geração mais nova já nasceu sob o impacto da epidemia, parecendo ser mais permeável à adoção do uso do preservativo que indivíduos mais velhos, que se iniciaram sexualmente sem essa ameaça (SALDANHA et al., 2008).

Inúmeros fatores estão associados ao uso de métodos anticoncepcionais e/ou de proteção pessoal durante as relações sexuais. Entre eles pode-se citar o grau de conhecimento sobre as questões reprodutivas, sobre a atuação dos contraceptivos, as especificidades relacionadas ao gênero, o tipo de envolvimento afetivo do momento, as questões financeiras e de acesso aos métodos, bem como o grau de liberdade e de autonomia alcançados nessa faixa etária, a crença da invulnerabilidade e a imprevisibilidade das relações (TEIXEIRA; KNAUTH; FACHEL, 2006 apud SALDANHA et al., 2008).

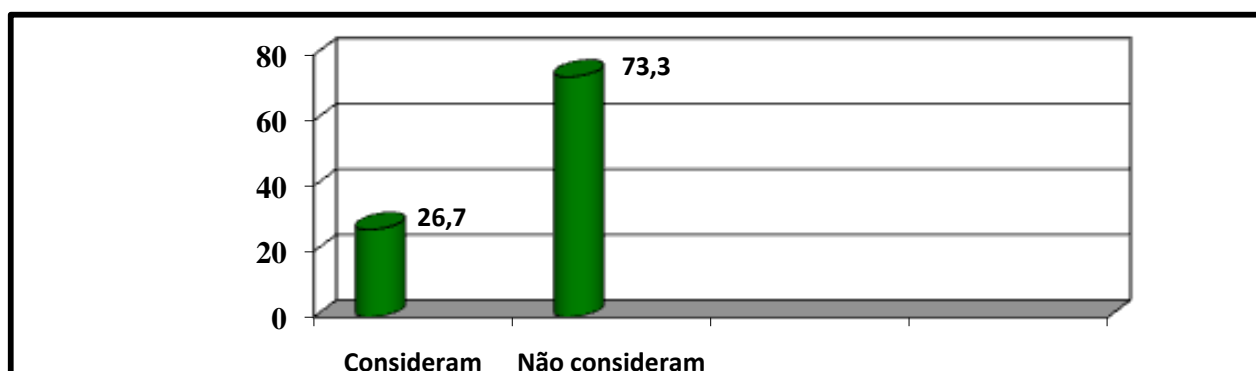
**Tabela 13** - Distribuição da amostra quanto ao uso de preservativo na última relação sexual, dados colhidos em questionários para avaliação da autopercepção da vulnerabilidade das mulheres, em condições de semi-árido, a DST/AIDS, em Unidades Básicas de Saúde do município de Patos, Paraíba, 2010.

Faixa	15 a 19				20 a 39				40 a 49			
	Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não	
<b>Idéia central</b>	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
<i>Prevenção na última relação</i>	30	50,0	30	50,0	57	23,8	183	76,2	18	22,4	63	77,6

Segundo Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (1987), em 1986, apenas 5% das mulheres casadas ou unidas afirmaram usar o preservativo como método contraceptivo atual. Contudo, quando a PNDS (1996) acrescentou um módulo sobre DST/AIDS, foi possível levantar informações sobre o uso do preservativo como forma de prevenção do HIV.

Assim, segundo os indicadores da database (BRASIL, 1998) HIV/AIDS, 11% das mulheres fez referência ao seu uso na última relação sexual, no ano de 1997. Tais estudos ainda prevalecem, visto que quando questionadas sobre o uso do preservativo na última relação à amostra trabalhada revelou uma prevalência mínima e preocupante para a saúde coletiva.

Por fim, observa-se na figura 13 que, 26,7% (102) relataram a existência de tais doenças no seu meio de convivência, enquanto 73,3% (279) afirmaram não existir essas doenças em seu meio de convívio social.



**Figura 13** - Distribuição da amostra quanto à percepção da existência DST/HIV no meio em que vive, dados colhidos em questionários para avaliação da autopercepção da vulnerabilidade das mulheres, em condições de semi-árido, a DST/AIDS, em Unidades Básicas de Saúde do município de Patos, Paraíba, 2010.

A vulnerabilidade às DST/AIDS, a partir da percepção que se tem de si e do seu grupo de convívio frente à possibilidade de infecção, à crença de predestinação e proximidade com casos reais da síndrome é acentuada a medida que se conhece casos reais (SALDANHA et al., 2008).

O G1 apresentou 35% (21) que afirmaram a presença de tais doenças no seu meio de convivência, enquanto 65% (39) disseram não existir. O G2 mostrou-se com 22,4% (18) dizendo ter a percepção de tal, enquanto que para 77,6% (63) não existem tais doenças em seu meio. No G3 26,25% (63) relataram a existência e, 73,75% (177) não condizem com tal afirmação (tab. 14).

**Tabela 14** - Distribuição da amostra quanto à percepção da existência DST/HIV no meio em que vive, dados colhidos em questionários para avaliação da autopercepção da vulnerabilidade das mulheres, em condições de semi-árido, a DST/AIDS, em Unidades Básicas de Saúde do município de Patos, Paraíba, 2010.

Faixa	15 a 19		20 a 39		40 a 49	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não

<b>Idéia central</b>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>Percepção da existência de DST/HIV em seu meio</i>	21	35,0	39	65,0	63	26,2	177	73,8	18	22,4	63	77,6

Podem-se discutir as considerações individuais de cada um das entrevistadas sobre sua vulnerabilidade a tais doenças, onde se observa uma predominância dos relatos de que a doença não atinge individualmente a cada um dos indivíduos que fazem parte da prática sexual. De acordo com o CNDST/AIDS (1997), a relação homem-mulher na população de 13-49 anos passou de 5:1, em 1985, para 2:1 em 1996/97. Sessenta por cento dos casos novos de AIDS entre mulheres maiores de 12 anos deve-se à transmissão sexual (CNDST/AIDS, 1997). Intervenções que considerem as diversas dimensões da vulnerabilidade às DST/AIDS – vulnerabilidade sociopolítica, programática e individual – analisadas segundo o referencial dos direitos humanos na organização da assistência e da prevenção (MANN; TARANTOLA, 1996). A evolução da epidemia revelou a capacidade da AIDS alcançar todos que adotavam comportamentos de risco, como por exemplo, manter relações sexuais sem preservativo ou compartilhar seringas (SEFFNER, 2004).

Desse modo, ainda na década de 1980, a noção de grupos de risco foi substituída pela expressão comportamento de risco, embora ela ainda se baseasse na exposição como questão de decisão individual, como um risco assumido pelo indivíduo (GUIMARÃES, 2001; PARKER; CAMARGO Jr, 2000; PIMENTA; SOUTO, 2003; SEIXAS, 1998).

Contudo, as denominações grupos de risco e comportamento de risco não se mostraram suficientes para explicar as mudanças ocorridas no curso da epidemia, visto que, já na década seguinte, o universo de pessoas infectadas pelo HIV ampliou-se, passando a abranger homens hetero e bissexuais não usuários de drogas injetáveis, revelando ainda uma tendência ascendente de disseminação entre as mulheres, particularmente aquelas pertencentes aos estratos sociais considerados de baixa renda; a maioria delas tendo relação estável com os parceiros sexuais – em geral, o marido ou companheiro (PARKER; GALVÃO, 1996).

Nesse sentido, Barbosa e Villela (1996), em estudo publicado na segunda metade dos anos 1990, indicavam as mulheres como grupo mais vulnerável ao HIV/AIDS, se comparadas a outros segmentos sociais. À época, a noção de risco individual e comportamento de risco começaram a ser substituídos, principalmente no meio acadêmico, pelo conceito de vulnerabilidade social, que dizia respeito a um conjunto de fatores estruturais que condicionam o avanço da epidemia, entre eles as condições materiais de existência, sobretudo as questões relacionadas aos direitos humanos, gênero, sexualidade, raça/cor e cidadania, entre outros, passando a exigir do Estado políticas e/ou ações de combate ao HIV/AIDS, em uma perspectiva social e não meramente sanitária (PIMENTA; SOUTO, 2003).

A sexualidade feminina foi historicamente construída no sistema de gênero como sendo impura e passiva, a ser exercida a partir do sentimento de amor e não de desejo. No que se refere à prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, especialmente a AIDS, o sistema de gênero só poderia dificultar a negociação do uso do preservativo pela mulher, visto que a construção da sexualidade feminina neste sistema prioriza o enfoque maternal e procriativo, opondo-se à proposta de prevenção do HIV/AIDS (SEIXAS, 1998).

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Como possíveis limitações desse estudo estão: 1) a inexistência, de estudos disponíveis, para que se possa trabalhar baseado em relatos anteriores; 2) a dificuldade em relatar experiências íntimas mesmo com uso de questionário, sem entrevista; 3) a baixa escolaridade de algumas respondentes; 4) a ambiguidade entre elas receberem as informações

e muitas não saberem o que são contraceptivos, por exemplo. Tais limitações podem ter um efeito conservador sobre o resultado do estudo, diminuindo a prevalência de risco. Outras possíveis limitações do estudo incluem a avaliação da autopercepção por meio de uma única pergunta. Sugere-se a realização de estudos posteriores com maior detalhamento tanto do comportamento de risco quanto da avaliação de autopercepção.

Vê-se, agora comprovada em dados científicos, a real situação de exposição da mulher no contexto de DST/HIV. Pode-se comprovar com esse estudo que a vulnerabilidade da mulher, em condições de semi-árido, é variável de acordo com sua faixa etária, daí percebemos a necessidade de trabalharmos as carências separadas por grupo etário trabalhado.

As mulheres jovens do grupo 1 (15-19) apresentam maior índice de vulnerabilidade com relação ao início de vida sexual “precoce”, uso de métodos anticoncepcionais, que inclusive pode prejudicar seu desenvolvimento, sem associação de condons, e as práticas constantes de sexo não vaginal. As mesmas relatam saber o que é e como se prevenir de DST/HIV, porém não realizam nenhuma prática de prevenção, apesar de também relatarem receber informações e de buscarem os serviços de saúde.

Mulheres do grupo 2 (20-39) mostraram-se menos freqüentes nos serviços de saúde, mas recebiam informações e apresentavam-se periodicamente para receber métodos contraceptivos, o mais utilizado, o anticoncepcional, afirmaram conhecer e se prevenir contra tais doenças, porém mostraram-se constantes no uso de drogas/álcool antes da última relação, na prática de sexo sem uso de condon e sexo não vaginal.

No grupo 3 (40-49) buscavam o serviço, recebiam informações e a maioria não usava nenhum método contraceptivo por relatarem estar no período “infértil”, apesar de afirmarem conhecer e se prevenir de tais agravos. Mostraram-se com baixos índices de sexo não vaginal e uso de drogas /álcool antes da última relação, porém apresentam altos índices do não uso de preservativo, inclusive na última relação.

Constatou-se que a maioria relata saber o que realmente é e como acontece uma DST, porém não praticam nenhuma atividade preventiva condizente com a informação e educação que relatam ter. Vimos uma constante preocupante de práticas promiscuas de sexo não vaginal, além da “imaturidade” de algumas praticantes que tiveram sua vida sexual iniciada

precocemente. Percebe-se ainda, um dos mais preocupantes dados, a indiferença com a presença da doença em seu meio de convívio, pois tais doenças são de tal magnitude que estão presentes em todo e qualquer ambiente nos dias atuais, seja no trabalho, em casa, nas festas, etc. Ou seja, a probabilidade da não existência destas doenças não estarem presentes no habitat de mais de setenta por cento das entrevistadas que afirmaram, é nula.

Dáí deparamo-nos com mais um entrave da saúde coletiva, no qual devemos ser deliberativos com os meios existentes, não apenas a prevenção da doença, pois estaremos limitando as inúmeras possibilidades de a mulher exercer sua profilaxia de acordo com suas atividades de vida diária, mas também com a promoção da saúde, pois assim ela poderá delinear onde, como e quando pode e deve exercer suas atividades de prevenção.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE LS; NÓBREGA-TERRIEN SM. *A Sexualidade Masculina e a Vulnerabilidade ao HIV/Aids*. Niterói: Jornal brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis, v. 17, n. 2, p: 121-126, 2005.

ARAÚJO MAL et al. *Eficácia do Aconselhamento para Doenças Sexualmente Transmissíveis em Uidades Referência da Cidade de Fortaleza*. Niterói: Jornal brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis, v. 16, n.1, p: 31-37, 2004.

ASSOCIAÇÃO INTERDISCIPLINAR DA AIDS (ABIA). *A AIDS e a escola*. Rio de Janeiro, p: 9-44, 1992.



BARBOSA RM. *Negociação Sexual ou Sexo Negociado*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1997.

BASTOS FI e SZWARCOWALD CL. AIDS and pauperization: principal concepts and empiricalevidence. *Cad Saúde Pública*, v. 16, p: 65-76, 2000.

BARBOSA RHS; VILLELA WV. *A trajetória feminina da Aids*. In: PARKER R; GALVÃO J; PARKER R; GALVÃO J. *Quebrando o silêncio: mulheres e Aids no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996.

BÉRIA J; BARROS AJD. *Oito meses depois: o impacto da intervenção entre os adolescentes*. In: BÉRIA J. *Ficar, transar ...a sexualidade do adolescente em tempos de AIDS*. Porto Alegre: Tomo Editorial; p: 111-25. 1998.

BÉRIA J, organizador. *Ficar, transar... a sexualidade do adolescente em tempos de Aids*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 1998.

BERER M; RAY S. *Women and HIV/AIDS: an international resource book*. London: Reproductive Health Matters and AHRTAG; 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Ética Em Pesquisa-CONEP. *Resolução 196*. Concerne a pesquisas envolvidas com seres humanos. 1996

BRASIL, Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST-AIDS. *Experiências que funcionam*. Brasília, p.10, 1992.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Distribuição dos casos de AIDS segundo a categoria de exposição, período de diagnóstico e sexo, Brasil 1980-1999*. *Semana Epidemiológica* 35 a 47. *Boletim Epidemiológico-AIDS*, 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde. Disponível em URL: [http://www.unAids.org/epidemicupdate/report/epi\\_core.ppt](http://www.unAids.org/epidemicupdate/report/epi_core.ppt). 2001. Acesso em 26 de fevereiro de 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Boletim epidemiológico – Aids e DST: 1ª a 26ª semana epidemiológica*. *Boletim epidemiológico – Aids e DST*, v. 3. n. 1, 2006.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST/Aids. *Guia de produção e uso de materiais educativos*. Brasília, DF, 1998.

BRASIL. *Aceitabilidade do condon feminino em contextos sociais diversos*. Brasília, DF: UNICAMP, NEPO, 2000.

BUENO SMV. *Valorização da vida. Folha de São Paulo – SP; nordeste; Folha Ribeirão. Ribeirão Preto, cad.7, p: 7-2. 1996.*

CACERES CF et al. *Avaluating a school-based intervention for STD/AIDS prevention in Peru*. Institute for Population Studies, Universidad Cayetano Heredia, Lima, Peru. *Adolesc. Health*, v. 15, n.7, p: 582-91, Nov. 1994.

CAMARANO AA. *Fecundidade e anticoncepção da população jovem*. In: Comissão Nacional de População e Desenvolvimento. *Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas*. Brasília (DF): CNPD; p: 109-33. 1998.

CAPMBELL CA. *Male gender roles and sexuality: Implications for women's AIDS risk and prevention*. *Social Science and Medicine*, v. 41, p: 197-210, 1995.

CASTILHO EA, BASTOS FI, SZWARCOWALD CL, FONSECA MGP. *A AIDS no Brasil: uma epidemia em mutação*. *Caderno de Saúde Pública*, v. 16 (suppl 1), p: 504-5. 2000.

CATES Jr W; HOLMES KK, *Sexually transmitted diseases*. In: Maxcy-Rosenau's *Public Health and Preventive Medicine* (J. Last & R. B. Wallace, eds.), 13th Ed., East Norwalk: Appleton and Lange, p: 99-114, 1991.

CNDST/AIDS (Coordenação Nacional de DST e AIDS), *Boletim Epidemiológico – AIDS*. *Semana Epidemiológica 36 a 48*, v. 10, n. 4, setembro/novembro. 1997.

FRANCIS DP; CHIN J. *The prevention of acquired immunodeficiency syndrome in the United States*. *Jama*, v. 257, n.10, p:1357-66, 1987.

GIFFIN K. *Beyond empowerment: Heterosexualities and the prevention of AIDS*. *Social Science and Medicine*, v. 46, p:151-156, 1998.

GIFFIN K, LOWNDES CM. *Gender, sexuality, and the prevention of sexually transmissible diseases: a Brazilian study of clinical practice*. *Soc Sci Med*, v. 48, p:283-92. 1999.

GIR E et al. *A Parceria Sexual na Visão de Mulheres Portadoras do Vírus da Imunodeficiência Humana – HIV*. Niterói: *Jornal brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, v. 18, n. 1, p: 53-57, 2006.

GIR, E.; MORIYA, T.M.; HAYASHIDA, M.; DUARTE, G.; MACHADO, A.A. *Medidas preventivas contra a AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis conhecidas por universitários da área de saúde*. Rev. latino-am. enfermagem, Ribeirão Preto, v. 7, n. 1, p. 11-17, janeiro 1999.

GOLDSTEIN DM. *AIDS and women in Brazil: An emerging problem*. *Social Science and Medicine*, v. 39, p: 919-929, 1994.

GOMEZ CA; MARIN BVO. *Gender, culture and power: Barriers to HIV prevention strategies for women*. *Journal of Sex Research*, v. 33, p: 355-362, 1996.

GROSSKURTH H et al. *Impact of improved treatment of sexually transmitted diseases on HIV infection in rural Tanzania: Randomised controlled trial*. *Lancet*, v. 346, p: 530-536, 1995.

GUIMARÃES CD. *Mulheres, sexualidade e AIDS: Um projeto de prevenção*. In: *Alternativas Escassas: Saúde, Sexualidade e Reprodução* (COSTA AO; AMADO T org.), São Paulo: Fundação Carlos Chagas/Editora, v. 34, p: 249-281, 1994.

GUIMARÃES DC. *A construção de um problema*. In: *GUIMARÃES DCA. Aids no feminino*. Rio de Janeiro: UFRJ, p: 13 a 39. 2001.

GUILHEM D. *Escravas do Risco: bioética, mulheres e Aids*. Brasília: Editora UnB/Finatec; 2005.

HEISE LL; ELIAS C. *Transforming AIDS Prevention to meet women's need: A focus on developing countries*. *Social Science and Medicine*, v. 40, p: 931-934, 1995.

HIV/AIDS. *Indicators Database* [homepage]. Disponível em: <http://www.measuredhs.com/hivdata> [Acesso em 2 abr 2008].

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. *Censo demográfico*. Rio de Janeiro: IBGE. 2006.

KNAUTH DR. *O vírus procurado e o vírus adquirido: a construção da identidade entre mulheres portadoras do vírus da Aids*. *Rev Estudos Feministas*, v. 5, n. 2, p: 291-300, 1997 b.

MANN J; TARANTOLA DJ. *Aids in the world II*. New York: Oxford University Press; 1996.

PARKER R; CAMARGO JR KR. *Pobreza e HIV/Aids: aspectos antropológicos e sociológicos*. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública, v. 16, Suplemento 1. 2000.

PARKER R & GALVÃO J. Introdução – A omissão do poder público, pp. 3-8 In R Parker & J Galvão (org.). *Quebrando o silêncio. Mulheres e Aids no Brasil*. (História Social da Aids, n. 7). ABIA-IMS/UERJ-Relume-Dumará, Rio de Janeiro, 1996.

PAIVA V. *Analysing sexual experiences through 'scenes': a framework for the evaluation of sexuality education*. Sex educ, v. 5, n. 4, p: 345-59, 2005.

PIMENTA C; SOUTO K. (Org.). *Políticas e diretrizes de prevenção das DST/Aids entre mulheres*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.

POTTERAT JJ et al. *Gonorrhoea as a social disease*. Sexually Transmitted Diseases, v. 12, p: 25-32, 1985.

QUINN SC. *AIDS and the African-American woman: The triple burden of race, class and gender*. Health Educ Q, v. 20, n. 3, p: 305-20, 1993.

RIBEIRO CG et al. *Concepção da Aids: o que Pensam os Profissionais e os Pacientes? Concepção da Aids*. Niterói: Jornal brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis, v. 18, n. 3, p: 185-189, 2006.

RICHARDSON, R. J. *Pesquisa Social: métodos e técnicas*. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1999.

ROTHEMBERG RB, *The geography of gonorrhoea: Empirical demonstration of core group transmission*. American Journal of Epidemiology, v. 117, p: 688-694. 1983.

SAFIOTI HIB. *Rearticulando gênero e classe social*. In: Costa AO, Bruschini C (org.). *Uma questão de gênero*. Rio de Janeiro/São Paulo: Rosa dos Tempos/Fundação Carlos Chagas, p:183-215. 1992.

SALDANHA AAW et al. *Comportamento sexual e vulnerabilidade à Aids: Um estudo descrito com perspectiva de práticas de prevenção*. Niterói: Jornal brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis, v.20, n.1, p: 36-44. 2008.

SEIXAS AMR. *Sexualidade feminina: história, cultura, família, personalidade e psicodrama*. São Paulo: SENAC, 1998.

SEFFNER F. *O Conceito de Vulnerabilidade: uma ferramenta útil em seu consultório*. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/2004/Pages/LUMIS9F697784PTBRIE.htm>>. Acesso em: 26 jul. 2009.

SILVEIRA MF, BÉRIA JU, HORTA B L; TOMASI E. *Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e Aids em mulheres*. Departamento Materno-Infantil e Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil. *Rev Saúde Pública*, v. 36, n. 6, p: 670-7, 2002.

SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL. *Pesquisa nacional sobre saúde materno-infantil e planejamento familiar - Brasil, 1986*. Rio de Janeiro; 1987.

STRAZZA L et al. *Vulnerabilidade à Infecção pelo HIV entre Mulheres com Alto Risco de Exposição – Menores Infratoras e Detentas do Estado de São Paulo, Brasil*. Niterói: *Jornal brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, v 17, n. 2, p: 138-142, 2005.

TEIXEIRA AMFB; KNAUTH DR; FACHEL JMG. *Adolescentes e uso de preservativos: as escolhas dos jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual*. *Caderno de Saúde Pública*, v. 22, n. 7, p: 1385-1396. 2006 apud SALDANHA AAW et al. *Comportamento sexual e vulnerabilidade à Aids: Um estudo descrito com perspectiva de práticas de prevenção*. Niterói: *Jornal brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*. V.20, n. 1, p: 36-44. 2008.

TEMMERMAN M, KIDULA N, TYNDALL M, KAUMBUTHO R, MUCHIRI L, NDINYA-ACHOLA JO. *The supermarket for women's reproductive health: the burden of genital infections in a family planning clinic in Nairobi, Kenya*. *Sex Transm Infect*, v. 74, p: 202-4, 1998.

UNAIDS. *Report on the global HIV/AIDS epidemic*. Geneva; 2000.

WILKINSON D et al. *Family planning services in developing countries: an opportunity to treat asymptomatic and unrecognised genital tract infections?* *Genitourin Med*, v. 73, p: 558-60. 1997.

WEINSTOCK HS et al. *Trends in HIV soro prevalence among persons attending sexually transmitted disease clinics in United States, 1988-1992*. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, v. 9, p: 514-522, 1995.

WILSON TE. *The relationship of cocaine use and HIV serostatus to incident STD among women*. *Sexually Transmitted Diseases*, v. 25, p: 70-75. 1998.

YORKE JA; HETHCOTE HW; NOLD A, *Dynamics and control of the transmission of gonorrhoea*. Sexually Transmitted Diseases, v. 5, p: 51-56. 1978.

APÊNDICES

## APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**Pesquisadores Responsáveis:** DSc. Ana Célia Rodrigues Athayde e Wendell Soares Carneiro.

**Informações sobre a pesquisa:** Estou realizando uma pesquisa sobre a Autopercepção das mulheres do semi-árido sobre sua vulnerabilidade as DST e AIDS e, para tanto será aplicado um questionário.

Solicitamos a sua colaboração para realizarmos uma pesquisa científica, intitulada por: *DST/HIV: Autopercepção das mulheres do semi-árido sobre sua vulnerabilidade*, para isso solicitamos sua colaboração respondendo alguns questionamentos, mediante devidos esclarecimentos aqui constantes.

Eu, \_\_\_\_\_, tendo recebido as informações abaixo citadas, e cientes dos meus direitos, também relatados, concordo em participar do estudo.

- ✓ Informamos que, para realização deste estudo, tomamos por base a resolução do Conselho Nacional de saúde N.º196/96, 10/10/1996, que dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos;
- ✓ É garantido o recebimento de todos os esclarecimentos sobre as perguntas da entrevista em todo o decorrer da pesquisa;
- ✓ A participação é livre, cabendo-me o direito de desvinculação da pesquisa a qualquer momento da mesma, se assim o desejar;
- ✓ Estar me assegurado o sigilo das informações obtidas, além do anonimato e, a garantia do não prejuízo individual ou coletivo;
- ✓ Há segurança de que não terei nenhuma despesa financeira ou material durante a realização do estudo, assim como não sofrerei nenhum dano moral ou ético.
- ✓ Tenho ciência do exposto acima e desejo participar da pesquisa.

Polegar D

Assinatura do entrevistado

Patos, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009.

## APÊNDICE B - Instrumento para coleta de dados

### I - Dados sócio-demográficos

1° Faixa etária

Entre 15 e 19 anos ( ) Entre 20 e 39 anos ( ) Entre 40 e 49 anos ( )

2° Estado civil

Solteiro ( ) Casado ( ) Outros ( )

3° Apresenta renda familiar entre:

1 a 3 salários( ) 4 a 6 salários ( ) superior a 7 salários( )

4° Nível de escolaridade:

1° grau ( ) 2° grau ( ) 3° grau ( )

5° Trabalha em:

Serviços públicos ( ) Serviços privados ( ) Não trabalha ( )

6° É adepto a alguma religião?

Católico ( ) Evangélico ( ) Protestante ( ) Outra religião ( )

### II - Dados específicos

1° Procura serviço de saúde?

( ) Sim ( ) Não

2° Possui vida sexual ativa?

Sim( ) Não( )

3° Quando iniciou a vida sexual?

( ) entre 15 e 18 anos ( ) entre 18 e 23 anos ( ) acima de 23 anos



4° Os serviços de saúde disponibilizam informações sobre doenças como DST/AIDS?

Sim       Não

5° Você tem acesso aos métodos contraceptivos (“camisinha”)?

Sim       Não

6° Você sabe o que é DST/AIDS

Sim(  )      Não(  )

7° Você se previne?

Sim(  )      Não(  )

8° Faz uso do anticoncepcional?

Sim       Não

9° Se você utiliza o anticoncepcional. Durante a relação, ainda usa os métodos contraceptivos (Como a “camisinha”, por exemplo)?

Sim       Não

10° Usou álcool / drogas antes da última relação sexual?

Sim       Não

11° Fez ou faz sexo oral ou anal na relação sexual?

Sim       Não

12° Fez uso de “camisinha” na última relação?

Sim       Não

13° No meio em que você vive, existe a presença de DST/AIDS?

Sim       Não

## **ANEXO A - Certidão**