

Mulheres expostas ao HIV/AIDS: promovendo qualidade de vida na atenção básica

Exposed women to HIV/AIDS: promoting life quality in the basic attention

Las mujeres expuestas a HIV/AIDS: promoviendo la calidad de vida en la atención básica

Maria Emília Romero de Miranda Henriques^I, ÉdiJa Anália Rodrigues de Lima^{II}

^I Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Pós-Doutora pela Universidade de Granada. Professor Associado II do Departamento de Enfermagem Médico - Cirúrgica e Administração da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). João Pessoa, PB. E-mail: milahenriques@hotmail.com.

^{II} Enfermeira. Aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, nível Mestrado da UFPB. João Pessoa, PB. E-mail: edijamiga@yahoo.com.br.

RESUMO

Um dos objetivos específicos do Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher é a ampliação e qualificação clínico-ginecológica, inclusive para cuidar das portadoras de infecção pelo HIV e outras DST's, por meio de estratégias que favoreçam o fortalecimento da atenção básica. Este estudo teve o objetivo de analisar a opinião de mulheres, assistidas pelo PSF e CTA do município de Bayeux-PB, quanto às orientações fornecidas por profissionais de saúde em relação ao HIV/AIDS. Estudo exploratório de abordagem qualitativa, realizado em 2006, que contou com a participação de 22 mulheres. Os dados foram analisados por meio da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo e apresentados em quadros. Identificou-se que as mulheres tinham faixa etária variando entre 19 e 60 anos, e 82% referiram ter o primeiro grau incompleto. De acordo com os discursos pode-se evidenciar que não está havendo continuidades nos trabalhos de orientação sobre DSTs/AIDS na atenção básica; Houve satisfação quanto as orientações obtidas no CTA; Identificou-se impedimentos para o uso do preservativo. Acredita-se que elas necessitam de assistência em espaços educativos. Todavia para que haja mudança nas práticas assistenciais dos profissionais, é primordial o envolvimento da equipe gestora.

Descritores: Mulheres; AIDS; Qualidade de vida; Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

One of the specific objectives of the Program of Integral Attendance the Woman's Health is the amplification and clinical-gynecological qualification, besides to take care of the infection bearers for HIV and other DST's, through strategies that favor the invigoration of the basic attention. This study had the objective of analyzing the women's opinion, attended by PSF and CTA of the municipal district of Bayeux-PB, with relationship to the orientations supplied by professionals of health in relation to HIV/AIDS. I study exploratory of qualitative approach, accomplished in 2006, that counted with the 22 women's participation. The data were analyzed through the technique of the Collective Subject's Speech and presented in pictures. It identified that the women had age group varying between 19 and 60 years, and 82% referred to have the first incomplete degree. In agreement with the speeches it can be evidenced that is not having continuities in the orientation works on DSTs/AIDS in the basic attention; there was satisfaction as the orientations obtained in CTA; it identified impediments for the use of the preservative. It is believed that they need of attendance in educational spaces. Though, so that there is change in the professionals' assistential practices, it is primordial the team manager's involvement.

Descriptors: Women; AIDS; Quality of life; Primary health care.

RESUMEN

Uno de los objetivos específicos del Programa de Asistencia Íntegra a la Salud de la Mujer es la amplificación y la calificación clínico-ginecólogo, además de cuidar de los portadores de infección para HIV y otras DST, a través de estrategias que favorecen el fortalecimiento de la atención básica. Este estudio tuvo el objetivo de analizar la opinión de las mujeres, asistido por PSF y CTA del distrito municipal de Bayeux-PB, con la relación a las orientaciones proporcionadas a respecto del HIV/AIDS por los profesionales de salud. Estudio exploratorio de abordaje cualitativo, realizado en 2006, con la participación de las 22 mujeres. Los datos fueron analizados a través de la técnica del Discurso del Sujeto Colectivo y presentados en cuadros. He sido identificado que las mujeres tenían grupo de edad que entre 19 y 60 años, y 82% se refirieron tener el primer grado incompleto. De acuerdo con los discursos puede evidenciarse que no está teniendo continuidad en los trabajos de la orientación en DSTs/AIDS en la atención básica; hubo satisfacción cuanto a las orientaciones obtenidas en CTA; han sido identificados los impedimentos para el uso del preservativo. Se cree que ellas necesitan de asistencia en los espacios educativos. Aunque para que haya cambio en las prácticas asistenciales de los profesionales, es primordial el involucrimiento del equipo gestora.

Descriptores: Mujeres; Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; Calidad de vida; Atención Primaria de Salud.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, verificou-se que na área da saúde o conceito de qualidade de vida, sob o foco da pesquisa científica, vem sendo amplamente discutido de modo a apontar paradigmas capazes de influenciar políticas e práticas⁽¹⁾. No momento atual a Organização Mundial de Saúde, através do Grupo WHOQOL definiu qualidade de vida sob a ótica da percepção do indivíduo quanto a sua posição na vida, considerando os aspectos culturais, seus valores, expectativas, padrões e preocupações⁽²⁾.

Com o intuito de organizar a Atenção Básica e em maior instância o Sistema Único de Saúde (SUS), criou-se o Programa Saúde da Família (PSF). Este surge como uma estratégia em busca de modificações que vão ocorrendo através de avaliações reflexivas sobre práticas, valores e conhecimentos de todos aqueles engajados no processo de produção social de saúde. A equipe de profissionais que atuam nesse programa deve compreender a importância de executar algumas atribuições fundamentais que perpassam pelo planejamento de ações, promoção e vigilância à saúde, o trabalho interdisciplinar em equipe e a abordagem integral da família⁽³⁾.

No universo que envolve a assistência à saúde da mulher verifica-se que desde o início do século XX as questões inerentes às condições de saúde, desta população específica, foram discutidas e introduzidas nas Políticas de Saúde brasileira. Vale frisar que o processo de implantação e implementação do programa voltado para a atenção à saúde feminina, denominado de Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM), vem acompanhando o desenvolvimento do SUS⁽⁴⁾.

Um dos objetivos específicos deste programa se consolida por meio da ampliação e qualificação clínico-ginecológica, inclusive para cuidar das portadoras de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e outras doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), por meio de estratégias que favoreçam o fortalecimento da atenção básica no cuidado com mulheres⁽⁴⁾. Isto revela que o PAISM está acompanhando as variações epidemiológicas, demográficas e socioculturais da população de mulheres brasileiras.

Neste universo contextual nos chama atenção à suscetibilidade do grupo feminino ao vírus da imunodeficiência humana e/ou síndrome da imunodeficiência adquirida (HIV/AIDS) uma vez que, desde o final dos anos 80 e início dos anos 90 houve uma importante elevação no número de mulheres infectadas pelo HIV sendo a exposição heterossexual considerada como principal via de transmissão da AIDS. Verificou-se ainda, um importante processo de interiorização e pauperização da epidemia no Brasil⁽⁵⁾.

Nesta perspectiva, o estudo foi norteado pelo seguinte questionamento: Qual a opinião de mulheres, assistidas pelo PSF e encaminhadas ao Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), sobre as orientações dos profissionais de saúde com relação ao HIV/AIDS, enquanto instrumento de promoção de qualidade de vida para as mesmas. Diante desta exposição, o estudo teve como objetivo geral: analisar a opinião de mulheres, assistidas pelo PSF e CTA do município de Bayeux-PB, quanto às orientações fornecidas por profissionais de saúde em relação ao HIV/AIDS.

MÉTODOS

Estudo exploratório com abordagem qualitativa. Esses estudos são aplicados com o objetivo de alcançar maior familiaridade com a problemática em questão, com o intuito de torná-lo mais esclarecedor, visando o refinamento de idéias ou formulação de hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores⁽⁶⁾. Já o caráter qualitativo é empregado quando se coleta e analisa dados subjetivos, que admitem a compreensão de fenômeno específico como um todo⁽⁷⁾.

Pesquisa desenvolvida no CTA da cidade de Bayeux-PB, onde são assistidos usuários do SUS que buscam conhecer a sua condição sorológica para HIV, dispendo de profissionais que oferecem aconselhamento antes e após a realização do exame. A população foi composta por usuárias do serviço de saúde supracitado que foram paralelamente assistidos pelos profissionais do PSF e pelo CTA da referida cidade. A amostra se deu por acessibilidade, e foi composta por 22 mulheres que se dirigiram ao CTA para realizar a testagem anti-HIV ou pegar o resultado do teste.

Assim, foram incluídas no estudo as mulheres que já haviam sido assistidas tanto pelos profissionais do PSF como pelos profissionais do CTA, devendo ter vivenciado o momento de aconselhamento, pelo menos no pré-teste. Além disso, deveriam ter concordado, espontaneamente, em participar da pesquisa, mediante o conhecimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Por outro lado, foram excluídas do estudo aquelas mulheres que informaram não ter recebido assistência à saúde pelo PSF, bem como aquelas que referiram está aguardando a primeira consulta no CTA, portando, estavam esperando a ocasião para entrar no ambiente reservado ao aconselhamento. Bem como aquelas usuárias que não tomaram conhecimento do TCLE e/ou não concordaram em participar da pesquisa, em qualquer momento do seu desenvolvimento.

Nesse estudo, foram considerados os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)⁽⁸⁾. E foi aprovado pelo

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), conforme o protocolo de nº 420e662/06.

Vale salientar que, antes dos encaminhamentos do projeto de pesquisa para o CEP, foi solicitada autorização ao Secretário Municipal de Saúde da cidade de Bayeux-PB para realização do estudo. E mediante o deferimento do referido Comitê de Ética em Pesquisa, foram agendadas visitas ao CTA com a colaboração da diretora da Policlínica Comunitária de Bayeux-PB, onde estava instalado o CTA. Esse procedimento se deu com o intuito de facilitar o acesso às usuárias do referido serviço de saúde.

Nos dias da coleta de dados a pesquisadora participou passivamente do momento de aconselhamento coletivo, mediante convite da equipe de profissionais do CTA. Ao final desse momento, quando eram fornecidas as orientações para a organização da espera para o aconselhamento individual e posterior coleta de sangue, a pesquisadora convidava as mulheres para participarem da entrevista, fazendo uma rápida explanação dos objetivos do estudo. A mulher que concordou em participar da pesquisa se dirigiu a um consultório localizado no final do mesmo corredor onde se dava o aconselhamento individual. Ao acomodar-se na cadeira do consultório, a pesquisadora apresentava o TCLE e dispensava apenas as informações relativas ao estudo. Em seguida, solicitava a assinatura da mulher no referido termo, e logo iniciava a entrevista.

Vale destacar que esse consultório, foi dispensado pela diretora da Policlínica, pois se encontrava disponível durante o período da coleta de dados, que compreendeu as manhãs de atendimento do CTA, durante o mês de maio de 2006. E o turno da manhã foi escolhido porque era reservado para o aconselhamento coletivo e individual, seguido da coleta de sangue para testagem, bem como para entrega de resultados. Já no turno da tarde, predominava o aconselhamento individual pós-teste, contado com uma menor demanda de usuários.

Segundo dados registrados no serviço, a média de atendimentos por dia, durante os meses de janeiro a abril de 2006, variava muito, como uma média de 10 atendimentos por manhã. Durante o mês de maio, essa média foi mantida. Desse total, 20% foram dispensados as mulheres, principalmente as gestantes. Durante a coleta de dados, houve 37 atendimentos a mulheres, das quais apenas 31 foram entrevistadas, porém, 9 delas, informaram não ter recebido assistência da equipe do PSF de Bayeux-PB. Logo, 16% das mulheres assistidas pelo CTA de Bayeux-PB, no mês de maio, não concordaram em participar do estudo, perfazendo um total de seis mulheres.

Para viabilizar a coleta de dados foi elaborado um roteiro de entrevista contendo os dados de caracterização das participantes do estudo, contemplando a idade, grau de instrução e Unidade de Saúde da Família (USF), localizada na cidade de Bayeux-PB, que lhe assistia. Além disso, foram formulados três questionamentos que possibilitaram o alcance dos objetivos da pesquisa. As informações coletadas foram registradas pela pesquisadora através de cópias do roteiro de entrevista, lápis e borracha.

Os dados coletados foram analisados qualitativamente por meio da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Fez-se uso das seguintes figuras metodológicas: expressões-chave, que são oriundas de fragmentos dos depoimentos ou transcrições literais do mesmo, e denotam a essência do conteúdo discursivo dos seguimentos recortados do depoimento; a idéia central, se refere à(s) afirmação(ões) que possibilita(m) captar a essência do conteúdo discursivo apresentado pelo sujeito durante seu depoimento de forma sintética; e, por fim, o DSC propriamente dito, o qual é formulado por meio das expressões-chave que possuem uma determinada idéia central em comum. Nessa figura metodológica busca-se retomar o discurso como signo de conhecimentos dos próprios discursos⁽⁹⁾. Os dados foram apresentados em quadros contendo a idéia central e o respectivo DSC.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As mulheres que participaram do estudo se direcionaram ao CTA munidas de requisição de exame anti-HIV provinda de USF de Bayeux-PB. Foram caracterizadas com idade variando entre 19 e 60 anos. Quanto à escolaridade constatou-se que parte significativa (82%) das entrevistadas referiu ter o primeiro grau incompleto. Além disso, a maioria (73%) informou ser assistida pelas USFs situadas nos seguintes bairros ou comunidades, e pertencentes aos respectivos Distritos Sanitários: São Bento e Sesi, Distrito I; Brasília e Tambaí, Distrito II; Imaculada, Manguinhos e São Vicente, Distrito III; Jardim Aeroporto, Distrito IV. Porém algumas (27%) das mulheres apresentaram dificuldades ou dúvidas quanto à identificação da USF de sua área de abrangência. Todavia se faz importante salientar que neste município existem cinco Distritos Sanitários que absorvem até seis Unidades de Saúde da Família (USF's), dependendo da extensão geográfica e do número de famílias residentes.

Para análise do material empírico registrado nas entrevistas foram extraídas as expressões-chave dos mesmos com suas respectivas idéias centrais. Nessa proposta de organização das idéias foi se desenvolvendo o discurso do sujeito coletivo.

Desse modo se apresentam, a seguir, quadros contendo as idéias centrais e os correspondentes

Discursos dos Sujeitos Coletivos, conforme cada questionamento proposto.

Assim, de acordo com a primeira questão: “O médico ou enfermeiro que atende você na USF perto de sua casa já deu alguma orientação quanto à

prevenção das DSTs e AIDS? Você poderia falar um pouco sobre o que entendeu”

Por meio desse quesito, obtiveram-se as informações que se apresentam no Quadro 1:

Quadro 1: Idéia Central e DSC das participantes do estudo em resposta a primeira questão. 2006. Bayeux-PB.

Idéia Central (1.1)	Discurso do Sujeito Coletivo (1.1)
O médico ou enfermeiro orientou quanto à prevenção das DSTs/AIDS há algum tempo atrás.	<i>“Sim. Lá tem palestra. E já teve também dessas coisas. Dessas doença teve, mas eu acho que foi no ano passado. E eu participei uma vez quando fizeram no campo, mas já faz tempo. Eu num consigo lembrar de muita coisa, mas sei que tem que usar camisinha. Eu sei que pega através da relação.”</i>
Idéia Central (1.2)	Discurso do Sujeito Coletivo (1.2)
Não houve orientação quanto à prevenção das DSTs e AIDS ou a usuária foi poucas vezes na USF.	<i>“Não fez não. Até agora, não. Não sei, acho que não. Mas eu não vou muito lá. Não freqüento muito. Só passou o exame pra eu fazer. Só pediu o exame e pediu pra eu voltar lá depois. De vez em quando eu ia lá pegar remédio e camisinha e ela não falava nada. Mas eu também fui pra outras consultas só que num teve palestra disso não.”</i>

Conforme o Quadro 1, que apresenta a primeira idéia central (1.1): o médico ou enfermeiro orientou quanto à prevenção das DSTs/AIDS há algum tempo atrás. A idéia aqui trabalhada indica que as usuárias conseguem recordar de momentos em que os profissionais do PSF trouxeram orientações à cerca dos cuidados preventivos relacionados com as DSTs/AIDS, porém estas informações não foram transmitidas recentemente. Já na segunda idéia central: Não houve orientação quanto à prevenção das DSTs e AIDS ou a usuária foi poucas vezes na USF. Nela verifica-se que existe a possibilidade dos profissionais do PSF não terem realizado atividades educativas voltadas para os cuidados profiláticos relacionados com as doenças supracitadas, como também é possível que tais atividades tenham sido realizadas num momento em que a usuária estava ausente.

Estudo que discute a promoção da saúde e prevenção do HIV/AIDS no município do Rio de Janeiro verificou, sobretudo, que as ações produtoras de informação sobre AIDS desenvolvidas na maioria dos núcleos de saúde se deram de modo limitado, estando embasada em materiais educativos formulados sob uma perspectiva centralizadora, desconsiderando realidades locais⁽¹⁰⁾. Com isso, pode-se afirmar que há uma descontextualização da AIDS nas práticas de comunicação⁽¹⁰⁾. Acredita-se que a disseminação das DSTs e da AIDS é um marco desafiante para educação sexual da atualidade. Diante disso, os educadores precisam inovar a sua postura, dando espaço para a participação, o diálogo franco, com o auxílio de instrumentos didáticos favoráveis ao processo de ensino-aprendizagem para a população geral⁽¹¹⁾.

Logo, compreende-se que os profissionais, da atenção básica em estudo, estejam enfrentando

problemas nas ações de educação em saúde, e que estas podem ser semelhantes àquelas vivenciadas por profissionais do PSF de outros municípios brasileiros. Neste estudo voltado para as opiniões de usuárias do PSF de Bayeux-PB, verificou-se nos DSC (1.1) e (1.2) que há indícios de que os profissionais estejam encontrando alguma dificuldade em trabalhar as ações de educação focadas na prevenção das DSTs/AIDS, seja fornecendo orientação a grupos através de palestras, seja nas consultas individualizadas. Talvez os empecilhos se aproximem daqueles apresentados pelos profissionais do município acima citado. O que fica evidente é que não está havendo um trabalho contínuo embasado nas orientações profiláticas das DSTs e AIDS nas comunidades cobertas pelo PSF, ou se isso estiver ocorrendo não está tendo alcance efetivo.

O segundo questionamento: “Quando você veio fazer o teste (anti-HIV) e/ou pegar o resultado do mesmo, o profissional que lhe atendeu conversou com você sobre as DSTs e AIDS? Você acha que essa conversa seja importante? Por quê?” Deu origem as construções contidas no Quadro 2.

Quadro 2: Idéia Central e DSC das participantes do estudo em resposta a segunda questão. 2006. Bayeux-PB

Idéia Central (2.1)	Discurso do Sujeito Coletivo (2.1)
A exposição de informações é muito importante para orientar, esclarecer dúvidas e estimular a prevenção.	<i>“Sim. Porque ajuda a orientar agente, assim agente fica sabendo para se prevenir das doença. É bom pra ficar mais informada, né, porque nunca é demais agente saber mais um pouco. Achei muito importante porque se a pessoa tiver, tá certo que não tem cura mas evita do bebê pegar pois já tem tratamento. É importante até demais porque abre os olhos do povo para se proteger.”</i>
Idéia Central (2.2)	Discurso do Sujeito Coletivo (2.2)
É importante porque as orientações são dadas por profissionais de saúde.	<i>“É muito importante porque ela orienta agente, porque ela diz e agente já se previne. Prepara a pessoa para alguma coisa, se dé errado no exame, porque muda muito a vida, e você não consegue ser a mesma pessoa. É importante ela falar pra gente se conscientizar e ficar mais tranqüila se for positivo. Achei importante o modo dela tá explicando sobre as doença.”</i>
Idéia Central (2.3)	Discurso do Sujeito Coletivo (2.3)
É importante pois chama a atenção daquelas que tem companheiros fixos para a prevenção das DSTs/AIDS	<i>“É muito importante. Quando chegar em casa, vou falar pro meu marido. Ele não gosta de usar camisinha mas vai ter que usar agora. É muito importante o marido também vir fazer o exame, pra gente saber se tem alguma coisa. Graças a Deus o meu num tem nada não. Mas se ele vier eu fico mais prevenida. A gente não pode confiar no marido que a gente tem, mesmo vivendo muito tempo com ele.”</i>

No Quadro 2 visualiza-se a idéia central (2.1): a exposição de informações é muito importante para orientar, esclarecer dúvidas e estimular a prevenção. Nesta idéia verifica-se que as entrevistadas compreendem que a conversa remetida ao aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV, desenvolvidas pelos profissionais do CTA, tem uma contribuição positiva na prevenção das DSTs/AIDS, uma vez que possibilita um momento de instrução a cerca da temática.

De modo geral, no aconselhamento são compartilhadas informações sobre a AIDS, sua transmissão, prevenção e tratamento, buscando-se esclarecer de maneira mais personalizada as dúvidas e apreensões do cliente. Além do mais, potencializa a quebra da cadeia de transmissão da AIDS e das outras DSTs, pois permite que o usuário reflita sobre suas práticas sexuais, de modo a torná-lo consciente e sobretudo um sujeito ativo no processo que envolve a prevenção e o autocuidado⁽¹²⁾.

Verifica-se que há os seguintes tipos de aconselhamento: o aconselhamento individual que se dá no pré e pós-teste; o aconselhamento de casais que ocorre no período pré-nupcial, pré-gestacional e com o objetivo de prevenir a transmissão vertical do HIV nos casos em que a gravidez já está em curso; o aconselhamento de famílias, no qual os integrantes da família encontram espaço para debater e refletir sobre o impacto do HIV em seu meio, dando apoio àquele(s) que vive(m) com esse vírus; e por fim, o aconselhamento de grupo, onde as ações ocorrem em dois momentos, inicialmente no pré-teste com o intuito de informar e educar, e posteriormente no pós-teste objetivando apoiar o usuário⁽¹³⁾.

No estudo em desenvolvimento foi possível descrever as opiniões de mulheres relacionadas ao aconselhamento aplicado individualmente e também aquele desenvolvido para um coletivo de usuários do SUS.

O aconselhamento individual, como o próprio nome deixa compreender, envolve as nuances relativas à individualidade e intimidade do usuário. Nele o indivíduo encontra espaço para avaliar seu risco particular de contaminação pelo HIV assim como ao emprego de práticas sexuais seguras. Contudo, a possibilidade de identificar as principais dificuldades que interferem na adoção de comportamento seguro dependerá da qualidade da relação estabelecida entre o usuário e o aconselhador. Já no aconselhamento coletivo, estão intrínsecas as ações educativas. Diante disso, o aconselhador decidirá qual será a melhor maneira de expor as orientações à cerca das DSTs/AIDS. É importante frisar que a troca de conhecimentos entre o cliente e aconselhador se dará de maneira mais efetiva quando forem considerados os conhecimentos prévios dos usuários. Uma vez que, é a partir deles que se poderá construir ou reconstruir conceitos claros que possam repercutir em ações preventivas⁽¹²⁾.

Dando seguimento a análise do Quadro 2, pode-se observar a idéia central (2.2): É importante porque as orientações são dadas por profissionais de saúde, a qual expressa que as mulheres entendem que as informações obtidas no CTA provem de profissionais preparados. Acerca deste enfoque há informações de que a prática do aconselhamento para a testagem voluntária para o HIV deve ser

adotada por todo profissional de saúde, desde que assumam uma postura comprometida com a qualidade e humanização do atendimento⁽¹³⁾. No processo de aconselhamento estão intrínsecas algumas diretrizes que se revelam na postura do aconselhador, são elas: o exercício do aconselhamento, em si, a escuta ativa, a comunicação competente; avaliação de riscos e reflexões conjuntas focadas em alternativas para novos hábitos preventivos, e orientação quanto aos aspectos clínicos e tratamento⁽¹²⁾.

Verifica-se, ainda, que o aconselhamento em DST/AIDS tem como um de seus objetivos promover apoio emocional ao cliente, auxiliando-o no manejo de problemas afetivos que tenham relação com sua condição de saúde. No aconselhamento individual, por exemplo, estão inclusas as consultas voltadas especialmente para o aconselhamento propriamente dito assim como aquelas que enfatizam a clínica, e ambas são conduzidas por médicos e enfermeiros. Todavia em alguns serviços os psicólogos e assistentes sociais são inseridos como aconselhadores, o que amplia as possibilidades de otimizar o atendimento. Já no aconselhamento coletivo também denominado por sala de espera ou palestra se desenvolve com a atuação de categorias específicas ou de multiprofissionais⁽¹²⁾.

Diante disso, pode-se compreender que as usuárias percebem que os profissionais, que lhes dão assistência no CTA do município de Bayeux-PB, demonstram envolvimento com o serviço. Conforme o DSC (2.2), as clientes expressam sentirem-se acolhidas pelos profissionais, entendendo o momento de aconselhamento como um espaço favorável para encontrar orientações sobre as DSTs e AIDS, sobretudo, buscar apoio para lidar com as inquietações que envolvem esta temática. Desse modo, acredita-se que esses profissionais estão procurando alcançar as expectativas referentes ao perfil do aconselhador almejadas pelo Ministério da Saúde. E isso é um sinal favorável para o desenvolvimento de trabalhos junto à clientela, os quais poderão dar pistas de como formular estratégias mais efetivas que possam dissimular as nuances que envolvem a AIDS, especialmente aquelas focadas na prevenção.

Continuando a análise do Quadro 2, observa-se na idéia central (2.3), o destaque dado por aquelas mulheres que tem companheiros fixos para a prevenção das DSTs/AIDS. Essa idéia mostra que as mulheres percebem a importância de estarem atentas aos hábitos preventivos mesmo que mantenham relações sexuais com apenas um companheiro.

Ao acompanhar a epidemia da AIDS verifica-se que, no decorrer de aproximadamente 25 anos de sua descoberta, o número de casos em mulheres vem aumentando de forma significativa. Particularmente entre as donas de casa⁽¹⁴⁾. Segundo

Marques⁽¹¹⁾, Tyrrell e Oliveira⁽¹⁴⁾, as mulheres casadas são consideradas mais vulneráveis, por se compreenderem como monogâmicas, possuírem baixa escolaridade e difícil acesso ao serviço de saúde.

Diante disso, percebe-se a importância do aconselhamento para a clientela feminina, especialmente para aquelas envolvidas em relações estáveis. Pois em meio às orientações e questionamentos contidos na prática do aconselhamento, emerge o despertar para a reflexão quanto ao risco de contaminação através de relações sexuais desprotegidas com companheiros fixos.

Logo, no questionamento referente às orientações obtidas no CTA, inerentes ao aconselhamento pré e pós testagem anti-HIV, percebe-se que os relatos revelam satisfação neste atendimento. Houve mulheres que compreenderam a importância do aconselhamento, seja individual ou coletivo, tendo em vista seu caráter informativo, interativo e orientador, na medida em que ocorre o feed-back entre profissionais e usuários. O discurso revela que as mulheres indicam que os profissionais de saúde atuam como agentes preparados para desenvolver o aconselhamento, sendo capazes de promover um ambiente acolhedor que favorece a apreensão de informações, assim como apóia o cliente e seus familiares diante dos sofrimentos oriundos de um teste com resultado positivo. E ainda, amplia a percepção de risco para mulheres envolvidas em relacionamentos estáveis. Enfim, contribui positivamente com ações que possam romper com as cascatas de incompreensão e mitos que permeiam a AIDS entre mulheres.

Na terceira questão: "Vamos recordar um pouco as orientações dadas pelos profissionais de saúde para você se prevenir das DSTs e AIDS. Será que você consegue seguir todas elas? Para você, quais as principais dificuldades encontradas?" Foi possível elaborar os seguintes discursos dos sujeitos coletivos, com suas respectivas idéias centrais. Conforme apresentado no Quadro 3:

Quadro 3: Idéia Central e DSC das participantes do estudo em resposta a terceira questão. 2006. Bayeux-PB

Idéia Central (3.1)	Discurso do Sujeito Coletivo (3.1)
Não se compreende a necessidade de usar preservativo, entende-se que o mais importante seja a confiança no companheiro.	<i>“Pra me prevenir, só se for com uma pessoa que eu não conheça. No começo do relacionamento agente se previne, mas depois que agente conhece, não. E ele diz que me respeita por isso não precisa usar nada. Eu mesma num tomo esses cuidado não, vai pela confiança. No meu caso é um parceiro só e até hoje eu confio nele, e ele já me disse que não tem ninguém.”</i>
Idéia Central (3.2)	Discurso do Sujeito Coletivo (3.2)
A principal dificuldade está na resistência masculina quanto ao uso do preservativo o que causa dúvida e medo na mulher.	<i>“Eu acho que a principal dificuldade é o preconceito do homem, tem muito homem maxista principalmente os mais idosos e os do nordeste. Aqui se a mulher compra preservativo pra uso dos dois, ele já acha que ela tá traindo. Os homens é pra participar de uma palestra assim, porque é bom ele ver essas doenças e querer usar preservativo. Se eu tiver com essa doença só se for descuido dele, mas meu não.”</i>
Idéia Central (3.3)	Discurso do Sujeito Coletivo (3.3)
O uso do preservativo causa desconforto tanto para a mulher quanto para seu companheiro e interfere no desempenho sexual.	<i>“Eu não consigo usar camisinha porque eu sinto furando na vagina. A camisinha feminina é desconfortável, é ruim pra colocar e a aréola incomoda. E ele também não gosta de usar camisinha porque diz que aperta e dói. Com camisinha é ruim, porque ele faz coisa comigo e eu num sinto nada, e às vezes sinto mas é bem pouco. Ele diz que não sente sensação quando bota camisinha.”</i>
Idéia Central (3.4)	Discurso do Sujeito Coletivo (3.4)
Usar preservativo é uma questão de decisão e não compromete tanto o desempenho sexual.	<i>“É só querer. É fácil se prevenir para quem se interessa. Só basta querer. Você faz errado até o momento que você quer. Ela deve enfrentar as dificuldades e se prevenir. Eu me previno sem dificuldade porque meu marido não liga de usar, pra ele tanto faz. É melhor com camisinha, mesmo que diminua um pouquinho o prazer. É só se acostumar, que fica a mesma coisa.”</i>
Idéia Central (3.5)	Discurso do Sujeito Coletivo (3.5)
A falta de esclarecimento a cerca do uso do preservativo e dificuldade em adquiri-lo interfere na prática do sexo seguro, porém não usá-lo é muito arriscado.	<i>“Eu fico com medo dele não saber usar direito e ficar na vagina e eu ter que ir no médico para tirar. Falta interesse e informação e não procura o posto médico. Às vezes falta no posto ou então a do posto é pouca. É às vezes é falta de atenção mesmo, porque eu não acho desconfortável. Acho que a maioria sempre se descuida um pouco, às vezes espera que a doença seja rara.”</i>

O Quadro 3 apresenta cinco idéias centrais, que revelam as dificuldades relatadas pelas mulheres quanto às ações ou práticas que promovam a prevenção das DSTs/AIDS. Assim na primeira idéia central (3.1): Não se compreende a necessidade de usar preservativo, entende-se que o mais importante seja a confiança no companheiro. Pode-se perceber que algumas mulheres permanecem com a compreensão de que a confiança no companheiro seja suficiente para que não haja iniciativa para a prática do sexo seguro.

Outro estudo⁽¹⁵⁾ constatou que a confiança que as mulheres depositam em seus companheiros compromete significativamente a adoção de práticas sexuais com preservativo. Elas acreditam que as relações estabelecidas pelos seus companheiros, no mundo público, estão pautadas num senso de

responsabilidade, capaz de protegê-los do risco de infecção pelo HIV.

Além disso, é comum ocorrerem nos relacionamentos estáveis à associação entre sexo, paixão ou amor. E isso enfraquece o poder de negociação do preservativo nas relações, porque geralmente as pessoas sentem-se protegidas pela confiança no companheiro⁽¹⁶⁾. Para muitas mulheres não é confortável exigir de seu parceiro o uso do preservativo, pois compreendem que essa atitude tornará visível a falta de confiança no comportamento sexual do homem, ou pior, ela irá reconhecê-lo como infiel e permanecerá em sua companhia⁽¹²⁾.

Contudo em se tratando de parceria fixa, nas relações monogâmicas, em que a sorologia para HIV é comprovadamente negativa por meio de testes anti-HIV, obtidos num período mínimo de três meses

após o início das relações sexuais, pode-se optar pelo não uso do preservativo. Porém, ao compreender que a definição de parceria sexual fixa tende a ser subjetiva, especialmente entre os mais jovens, recomenda-se que os profissionais de saúde estimulem os casais a dialogar permanentemente sobre sexualidade e saúde sexual. Assim os companheiros poderão decidir sobre o uso do preservativo como meio protetor das DSTs ou da gravidez indesejada⁽¹³⁾.

Percebe-se que quando a mulher compreende que o sentimento de confiança no companheiro seja um fator que a resguarde da contaminação pelo HIV ou por outros agentes causadores de DSTs, acaba adotando a prática sexual desprotegida. Contudo parece que há no seu íntimo alguma apreensão quanto à fidelidade do companheiro, mas as suas amarras culturais e sociais interferem nas suas decisões, impedindo que exponha este sentimento de dúvida. Então preferem abrir mão do uso da camisinha, mesmo permanecendo com uma secreta desconfiança no companheiro. Por outro lado, a interpretação de que a prática do sexo com camisinha, proteja apenas de uma gravidez indesejada parece ser mais um atalho para não enfrentar ou assumir os riscos de contaminação ao qual estão se expondo. Sendo assim, os discursos dos autores nos conduzem a compreensão de que as mulheres têm dificuldades de reconhecer o risco do sexo desprotegido com companheiros fixos.

A idéia central (3.2): A principal dificuldade está na resistência masculina ao uso do preservativo o que causa dúvida e medo na mulher, leva-nos a compreender que há mulheres que se submetem a prática sexual desprotegida porque seus companheiros não aceitam o uso de preservativo, revela que esse comportamento as deixam temerosas, por se encontrarem diante da possibilidade de contaminação pelo vírus da AIDS, bem como por outros microorganismos que desencadeiam outras DSTs. "É necessário que o homem seja conscientizado de sua co-responsabilidade pela saúde sexual e reprodutiva de suas parceiras."⁽¹⁷⁾

Para as mulheres um dos maiores desafios encontrados para adoção de práticas sexuais com preservativo tem sido a negociação do uso de condom com os seus companheiros⁽¹⁸⁾. Diante disso o desuso do preservativo torna-se comum para muitos casais. Desse modo percebe-se que as práticas sexuais desprotegidas estão envolvidas com as diferenças de gênero. Por exemplo, em uma pesquisa realizada em 1998, foi revelado que entre os homens entrevistados 1,8% informou não usar preservativo devido à recusa da mulher, enquanto que 7,9% das mulheres revelaram recusa masculina. Nas entrelinhas desta pesquisa ficou evidente a dificuldade enfrentada pelas mulheres frente à

negociação do uso do preservativo. Isso demonstra a opressão de gênero, a qual já vem sendo discutida há muito tempo por pesquisadores mundiais⁽⁵⁾.

Diante disso fica evidente que as mulheres precisam se sentir capazes de modificar a posicionamento dos homens frente à prática do sexo seguro. Esse empoderamento das mulheres indiscutivelmente perpassa pelas atividades de cunho educativo. Estas são fundamentais para propiciar o fortalecimento feminino que, culmina em mudanças que favorecem a adoção de um comportamento focado na proteção. Isso tende a fortalecer as mulheres de modo que as mesmas consigam negociar o sexo seguro com seus parceiros. Além disso, verifica-se que uma das abordagens de prevenção que tem potencial transformador atravessa o modelo comunitário. Nele constatou-se um promissor efeito propagador capaz de alcançar até mesmo aqueles membros da comunidade ou periferia que não participam ativamente das ações de reflexão e debate a cerca do HIV/AIDS⁽¹³⁾.

Ao verificar as informações apresentadas na discussão da idéia central (3.2), percebe-se que a resistência masculina a práticas sexuais com preservativo é um sério problema enfrentado por muitas mulheres, mas é possível buscar meios de negociar o sexo seguro com homens que adotam uma postura como essa. As diferenças de gênero residem neste desencontro de vontades entre homens e mulheres, e neste caso as mulheres se sentem oprimidas, insatisfeitas, mas impotentes. Contudo, mais uma vez, nos deparamos com a necessidade de construir um espaço educativo nos serviços de saúde, no qual muitas questões possam ser discutidas com os usuários do SUS. Neste estudo fica evidente a importância de construir com essas mulheres novos conceitos que as conduza ao empoderamento frente à prevenção da AIDS. Assim se sentirão capazes de dialogar com seus companheiros de modo a ajudá-los a compreender a importância de estarem se prevenindo de DSTs e principalmente da AIDS.

Na idéia central (3.3) está expresso que o uso do preservativo causa desconforto tanto para a mulher quanto para seu companheiro e interfere no desempenho sexual. Por meio dessa idéia compreende-se que, entre as dificuldades para a prática do sexo seguro está o desconforto físico desencadeado pelo uso do preservativo, comprometendo o desenvolvimento da relação sexual.

Os preservativos masculino e feminino correspondem a dois dos métodos de barreira empregados na assistência à anticoncepção no SUS, sendo também utilizados na proteção contra DSTs. O preservativo masculino tem como matéria prima o látex, que é um material com potencial de provocar alergia em algumas pessoas. Por tal motivo, a alergia

ao látex se configura como um dos efeitos secundários ao uso desse condom. Além de que, quando o referido preservativo não está suficientemente lubrificado poderá causar irritação na mucosa vaginal, devido à fricção. Já o preservativo feminino é constituído de poliuretano, material que apresenta maior resistência que o látex, e raramente provoca alergia. E durante as consultas que seguem a distribuição de preservativos, é importante que o profissional de saúde investigue se o uso desses condons tem interferido na espontaneidade sexual do indivíduo ou do casal⁽¹⁹⁾.

Entretanto, algumas mulheres que já usaram o condom feminino decidiram por não mais usá-lo devido, principalmente por encontrarem dificuldades inerentes ao manejo com o próprio corpo. Mas a aceitação desse preservativo foi otimizada em serviços de saúde que desenvolviam trabalhos educativos de modo comunitário⁽²⁰⁾.

As informações presentes nos dados indicam que as dificuldades relatadas pelas mulheres quanto ao desconforto físico, por exemplo, estão de acordo com as informações dos autores. Entretanto, no tocante às queixas referentes à interferência no desempenho sexual, parece que as mulheres, sujeitos do estudo, utilizaram mais o preservativo masculino. Mas, independente disso, percebe-se que os desconfortos referidos pelas mulheres podem ocorrer. Entretanto, alguns deles poderão ser minimizados com o uso regular da camisinha feminina. Além disso, evidencia-se a importância da mulher conhecer e compreender seu próprio corpo, por exemplo. Novamente, é sinalizado que estas questões poderão ser mais bem trabalhadas, através de atividades educativas, desenvolvidas por profissionais da atenção básica ou, especializada.

Já a idéia central (3.4) diz que usar preservativo é uma questão de decisão e não compromete tanto o desempenho sexual, revela que para se ter o hábito de usar preservativo é necessário apenas decidir, até porque o uso dele não causa problemas maiores no desenrolar da relação sexual.

É importante compreender que as decisões dos indivíduos quanto ao uso sistemático de preservativo está fortemente ligada às dificuldades que emergirão de seus conteúdos culturais e psicossociais⁽²⁰⁾. Entre os fatores socioculturais imersos na trajetória do HIV entre mulheres estão os hábitos, crenças e comportamentos culturais presentes no processo saúde-doença. Entre os quais se podem apontar: as diferenças de comportamentos aceitáveis para homens e mulheres numa sociedade, onde a mulher geralmente se encontra em situação inferior; A compreensão de que apenas os grupos marginalizados, ou com atitudes promíscuas, estejam fadados a infecção pelo HIV. E com esse olhar limitado, muitas mulheres tornam-se invisíveis na epidemia da AIDS⁽¹⁵⁾.

Ao confrontar o discurso do sujeito coletivo (3.4) com as informações referenciadas acima, verifica-se que a tomada de decisão da mulher quanto ao uso do preservativo está intrínseca ao enlace de sua condição social psicológica e cultural. O que resulta de vivências que propiciaram a sua formação individual, no que se refere à percepção de ser, de mundo e das relações de gênero. Percebe-se que quando a mulher refere ser fácil tomar essa decisão certamente é porque o seu companheiro está de acordo com o uso do preservativo nas relações. Do contrário ele terá que ultrapassar as barreiras adquiridas ou impostas socialmente, que se consolidaram nos seus conceitos sobre ser mulher na sociedade civil a qual pertence. Entretanto, algumas colocações neste discurso nos remetem que algumas mulheres já estão encontrando espaço para o exercício da negociação do uso do condom, sentindo-se capaz de envolver o companheiro para decidirem juntos.

A última idéia central deste quadro é a (3.5) informa que a falta de esclarecimento a cerca do uso do preservativo e a dificuldade para adquiri-lo interfere na prática do sexo seguro, porém não usá-lo é muito arriscado. Nesta, identificamos que a mulher percebe que o déficit de conhecimento quanto ao uso de preservativos assim como os empecilhos para consegui-lo, dificulta a adoção de medidas preventivas para as DSTs/AIDS. Contudo as mulheres reconhecem que a prática sexual desprotegida significa negligência para consigo e para com o próximo, pondo em risco a saúde de ambos.

As orientações referentes ao uso do preservativo devem ser amplamente discutidas. Em meio a isso, se faz importante valorizar os sentimentos, as dúvidas e a percepção do usuário quanto ao uso do condom, discutindo-se maneiras efetivas para trabalhar com mulheres e seus companheiros, e fazer demonstrações do uso do preservativo⁽¹²⁾.

Apesar de já está comprovado que o preservativo seja um seguro método contraceptivo e de prevenção as DSTs/AIDS é possível que ocorram falhas ou acidentes durante o uso do mesmo, causando desconfiança nos usuários. Logo, a utilização inadequada e/ou falhas no produto minimizam a sua eficácia. No tocante ao preservativo masculino, por exemplo, sabe-se que o escape ou rompimento do mesmo tem relação direta com as condições impróprias de armazenamento, desatenção quanto ao prazo de validade ou a inferior qualidade de fabricação. Sem contar que a falta de atenção ou de conhecimento da técnica de utilização também pode causar rompimento no condom. Entretanto, como outrora mencionado, o preservativo feminino tem baixas taxas de rompimento e ainda dificilmente é deslocado a ponto de expor a mucosa vaginal a secreções sexuais masculinas⁽²⁰⁾.

A aquisição particular do preservativo é uma possibilidade de poucos, tendo em vista a baixa condição sócio-econômica da maior fatia da população brasileira. Por outro lado, a garantia da distribuição gratuita, como ocorre no SUS, não é suficiente para proporcionar prevenção maciça. Logo, a distribuição do condom deverá estar sempre aliada a ações educativas, e vice-versa, para atenuar o desperdício dos esforços investidos, tanto para assegurar a aquisição do preservativo sem ônus, quanto para efetivar as práticas educativas.

O deficiente nível de informação acerca da AIDS, oriundos de ações educativas pouco efetivas, quando associado à compreensão de que o risco de infecção é algo distante da realidade individual, favorece a passividade em relação às atitudes preventivas. Num estudo anteriormente realizado, foram identificados vários relatos da prática sexual desprotegida, mesmo diante do livre acesso a serviços de saúde especializados. Com isso, pode-se perceber que, não somente a informação potencializa a mudança de comportamento, mas também conhecimentos acerca das conseqüências da AIDS na vida particular das pessoas. Essas informações favorecem a compreensão de que a prática do sexo seguro é um direito⁽¹⁷⁾.

Os profissionais envolvidos na área da saúde devem ter ciência de que até mesmo aqueles usuários que referem usar o condom em todas as relações sexuais certamente carregam consigo barreiras de caráter cultural e emocional que comprometem a prática permanente do sexo protegido. Neste sentido as ações interventoras propostas pelos profissionais deverão atentar para diferenças dos papéis de gênero, pois potencializam a vulnerabilidade individual e social para homens e mulheres⁽²⁰⁾. É de primordial importância promover a conscientização dos casais quanto à necessidade de adotar comportamentos sexuais mais seguros. Porém, isso não necessariamente significa dizer que os casais deverão ser somente orientados para usar preservativo. Mas que deverão primar pela reflexão conjugal sobre as nuances do HIV em suas vidas, para que cada um tenha convicção de sua decisão comportamental frente à prevenção da AIDS e de outras DSTs.

Frequentemente se constata que as desigualdades de gênero correspondem a um fator cultural, muito presente na expansão da infecção pelo HIV em mulheres. Fatores socioeconômicos são evidentes. Entretanto a ameaça sobre a mulher, com enfoque a valores de hierarquia, honra e respeito, constitui a realidade. Geralmente a mulher mais desprovida de condições de sobrevivência, submete-se ao jugo de seu companheiro, atendendo seus anseios em relação à sexualidade e elevando seu risco de infecção pelo HIV⁽¹⁵⁾. É diante de situações como estas que os profissionais encontram campo

fértil para construir novos conceitos junto a essas mulheres, auxiliando-as no desenvolvimento de atitudes que possam protegê-la da inerte exposição à contaminação pelo HIV.

Segundo o discurso dos autores referenciados nos dois últimos parágrafos, o que contribui para que a mulher permaneça com a prática do sexo desprotegido mesmo reconhecendo que isso corresponda a um risco de contaminação, tem interface importante com nas ações de educação. Para facilitar a intervenção dos profissionais da saúde, sinalizam que é nas construções sociais de gênero encontram-se os principais entraves para a adoção de práticas sexuais protegidas. Logo, fica lançado o desafio aos profissionais envolvidos com as ações educativas, de modo especial aos intelectuais locais que formulam as orientações práticas a serem adotadas pelos profissionais que operacionalizam a assistência à saúde, seja na atenção básica ou especializada.

Assim, ao verificar as principais dificuldades apontadas pelas mulheres no universo prático da prevenção da AIDS, foi possível identificar uma multiplicidade de impedimentos referentes ao uso do preservativo. É interessante perceber que parte importante das questões está profundamente focada nas necessidades psicossociais, as quais perpassam pelas construções sociais de gênero. Isso aponta a necessidade de interligação entre os serviços de saúde básico e especializado, sob uma ótica complementar. Acredita-se que desse modo, facilita a compreensão de profissionais e usuários diante de nuances difíceis de serem trabalhadas. Caso contrário, a compreensão das mulheres diante da prevenção dessas doenças tende a ser fragmentada e pouco consistente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partindo de uma visão coletiva sobre problemáticas da saúde pública, como a disseminação descontrolada e ascendente do HIV entre as mulheres, admitiu-se como foco a promoção da qualidade de vida. Diante disso, buscou-se nesse estudo analisar a opinião de uma amostra feminina quanto às orientações recebidas por profissionais de saúde, inseridos no PSF e no CTA, sobre DSTs/AIDS. E com a construção dos Discursos do Sujeito Coletivo, foi possível analisar as opiniões das participantes do estudo, de forma sistemática.

Por meio dos resultados pode-se compreender que é fundamental desmistificar preconceitos e medos. Além de prestar atenção nas questões de gênero que se associam à cultura. Nesse cenário, entende-se que a comunicação com enfoque preventivo seja a principal ferramenta para alcançar a entendimento da usuária e favorecer a mudança de suas práticas.

Logo, as mulheres, participantes do estudo necessitam de assistência em espaços favoráveis à promoção de educação em saúde, nos quais possam ser ouvidas, em primeiro momento. E a partir da escuta do que lhes é básico, poder-se-á encontrar indicadores que possibilitem o desenvolvimento de ações que auxiliem na obtenção de conceitos e conhecimentos, reformulados pela própria mulher. Acredita-se que este seja o caminho para proporcionar estratégias pautadas na prevenção não só da AIDS, mas também de outros problemas de saúde que comprometem a coletividade.

Todavia, para que haja mudança no olhar e nas práticas dos profissionais atuantes na assistência direta ao usuário, também se faz primordial o envolvimento da equipe gestora. Uma vez que esta tem poder de apontar e potencializar as ações do SUS, criando caminhos práticos e flexíveis, visando superar as problemáticas locais.

Espera-se que os resultados obtidos nessa pesquisa sejam capazes de favorecer o enfrentamento dessa doença de modo ampliado, alcançando familiares, grupos sociais e sociedade como um todo. Tendo em vista que tocou em aspectos de interesse das mulheres, de seus familiares e dos gestores da saúde. Ressaltando-se que a saúde dos cidadãos deve ser garantida pelo Estado. Além disso, envolve nuances do desenvolvimento e operacionalização do Sistema Único de Saúde, seja nos serviços de atenção básica ou na assistência especializada.

Para os profissionais de saúde esta pesquisa pode estar despertando para reflexões acerca das ações práticas do cotidiano dos serviços, apontando lacunas que podem ser preenchidas com o aprimoramento de condutas, ou estratégias para lidar com uma doença cujo controle é desafiante. Pode-se estar identificando uma nova forma de cuidar dos usuários expostos ao vírus HIV. Para os profissionais da enfermagem, particularmente, é vislumbrado a possibilidade de se inovar a assistência, particularmente no âmbito da prevenção, com ênfase nas ações de educação em saúde.

Nesse sentido, acredita-se que este estudo corroborou o desenvolvimento de conhecimentos a cerca da qualidade de vida de mulheres expostas ao HIV/AIDS, uma vez que versou sobre uma problemática atualizada e instigou a inovação não só da prática, mas também da pesquisa científica.

REFERÊNCIAS

1. Siedl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2004 [cited 2006 nov 8]; 20(2):580-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/27.pdf>.
2. Fleck MPA. Problemas conceituais em qualidade de vida. In: Fleck MPA. *A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais de saúde*. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 19-28.
3. Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde. *Guia Prático do Programa Saúde da Família*. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2001.
4. Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher: Princípios e diretrizes*. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2004.
5. Secretaria Executiva, Ministério da Saúde. O contexto sociopolítico e econômico e a epidemia de aids entre mulheres. In: Secretaria Executiva, Ministério da Saúde. *Políticas e diretrizes de prevenção das DST/AIDS entre mulheres*. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2003. p.11-21.
6. Gil AC. Como classificar as pesquisas. In: Gil AC. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 3rd ed. São Paulo: Atlas; 2002. p. 25-32.
7. Polit DF, Hungler BP. *Fundamentos da pesquisa em enfermagem*. 5nd ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2004.
8. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. Resolução N° 196/96 – Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 1996.
9. Lefèvre F, Lefèvre AMC. *O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)*. Caxias do Sul: EDUCS; 2005.
10. Cardoso JM, Araújo IS. Contextos: os desafios de um método de pesquisa de comunicação na prevenção da AIDS [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006 [cited 2009 dez 30]. Available from: http://www.fiocruz.br/cict/media/trab4_crics.pdf.
11. Marques ES, Mendes DA, Tornis NHM, Lopes CLR, Barbosa MA. O conhecimento dos escolares adolescentes sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2006 [cited 2009 dez 30]; 8(1):58-62. Available from: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/origin_al_07.htm.
12. Filgueiras SL, Deslandes SF. Avaliação das ações de aconselhamento: análise de uma perspectiva de prevenção centrada na pessoa. *Cad. Saúde Pública* [Internet] 1999 [cited 2009 dez 30]; 15 Suppl 2:121-31. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v15s2/1293.pdf>.
13. Estratégias e diretrizes para a prevenção das DST / AIDS entre mulheres. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria Executiva. *Coordenação de DST e Aids. Políticas e diretrizes de prevenção das DST /AIDS entre mulheres*. Brasília (DF); 2003 p. 35-52.
14. Marques SC, Tyrrell MAR, Oliveira DC. Políticas de saúde da mulher frente à feminização da aids. In: Paula CC, Padoin SMM, Schaurich D, org. *Aids: o que*

ainda há para ser dito? Santa Maria: UFSM; 2007. p. 97-110.

15. Praça NS. Aspectos culturais e a infecção pelo HIV na mulher. In: Paula CC, Padoin SMM, Schaurich D, org. Aids: o que ainda há para ser dito? Santa Maria: UFSM; 2007. p. 127-142.

16. Antunes MC, Peres CA, Paiva V, Stall R, Hearst N. Diferenças na prevenção da AIDS entre homens e mulheres jovens de escolas públicas em São Paulo, SP. Rev Saude Publica [Internet]. 2002 [cited 2009 dez 30];36 4 Suppl:88-95. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n4s0/11168.pdf>.

17. Alves RN, Kovács MJ, Stall R, Paiva V. Fatores psicossociais e a infecção por HIV em mulheres, Maringá, PR. Rev Saude Publica [Internet]. 2002 [cited 2009 dez 30];36 4 Suppl:32-39. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n4s0/11161.pdf>.

18. Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde. Aceitabilidade de condom feminino em contextos sociais diversos: relatório final de pesquisa. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 1999. 55 p.

19. Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde. Métodos de barreira. In: Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde. Assistência em planejamento familiar: manual técnico. 4nd. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2002. p. 38-60.

20. Reis RK, Gir E. Dificuldades enfrentadas pelos parceiros sorodiscordantes ao HIV na manutenção do sexo seguro. Revista Latino-am Enfermagem [Internet]. 2005 [cited 2009 dez 30];13(1):32-37. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n1/v13n1a06.pdf>.

Artigo recebido em 09.09.08.

Aprovado para publicação em 25.08.09.

Artigo publicado em 31.12.09.