



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
PRÓ-REITORIA DE ENSINO E DE PÓS-GRADUAÇÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS  
DOUTORADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS**

**ADÉLIA DALVA DA SILVA OLIVEIRA**

**CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DAS MULHERES QUE FAZEM  
SEXO COM MULHERES SOBRE A TRANSMISSÃO E A PREVENÇÃO DO  
HIV/AIDS**

**Teresina - PI  
2016**

**ADÉLIA DALVA DA SILVA OLIVEIRA**

**CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DAS MULHERES QUE FAZEM  
SEXO COM MULHERES SOBRE A TRANSMISSÃO E A PREVENÇÃO DO  
HIV/AIDS**

Tese apresentada como requisito para a obtenção do título de Doutor em Políticas Públicas, pelo Curso de Doutorado em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Inez Sampaio Nery

Área de concentração: Estado, Sociedade e Políticas Públicas

**Linha de Pesquisa:** Estado, Políticas Públicas e Movimentos Sociais

Teresina - PI  
2016

FICHA CATALOGRÁFICA  
Universidade Federal do Piauí  
Biblioteca Comunitária Jornalista Carlos Castello Branco  
Serviço de Processamento Técnico

- O48c      Oliveira, Adélia Dalva da Silva.  
            Conhecimentos, atitudes e práticas das mulheres que fazem  
            sexo com mulheres sobre a transmissão e a prevenção do  
            HIV/AIDS / Adélia Dalva da Silva Oliveira. – 2016.  
            129 f. : il.
- Tese (Doutorado em Políticas Públicas) – Universidade  
            Federal do Piauí, 2016.  
            Orientação: Profa. Dra. Inez Sampaio Nery.
1. HIV – Aids – Mulheres Lésbicas. 2. HIV – Aids –  
            Mulheres Lésbicas – Conhecimento. 3. HIV – Aids – Mulheres  
            Lésbicas – Atitudes – Práticas. I. Título.

CDD 306.76

ADÉLIA DALVA DA SILVA OLIVEIRA

CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DAS MULHERES QUE FAZEM SEXO COM MULHERES SOBRE A TRANSMISSÃO E A PREVENÇÃO DO HIV/AIDS

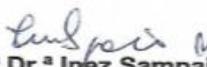
Tese de Doutorado submetida à Coordenação do Curso de Doutorado em Políticas Públicas do Centro de Ciências Humanas e Letras – CCHL da Universidade Federal do Piauí – UFPI, Área de Concentração: Estado, Sociedade e Políticas Públicas, como requisito para obtenção do título de Doutor em Políticas Públicas.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Inez Sampaio Nery

Linha de Pesquisa: Estado, Políticas Públicas e Movimentos Sociais

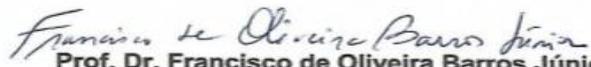
Aprovado em: 12/05/2016

**BANCA EXAMINADORA**

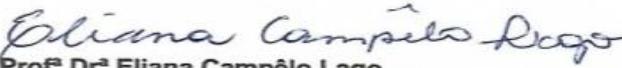
  
**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Inez Sampaio Nery**  
Presidente  
Universidade Federal do Piauí

  
**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elucir Gir**  
1<sup>a</sup> Examinadora  
Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

  
**Prof. Dr.<sup>a</sup> Elyrose de Sousa Brito**  
2<sup>a</sup> Examinadora  
Universidade Estadual do Piauí

  
**Prof. Dr. Francisco de Oliveira Barros Júnior**  
3<sup>o</sup> Examinador  
Universidade Federal do Piauí

  
**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Telma Maria Evangelista de Araújo**  
4<sup>a</sup> Examinadora  
Universidade Federal do Piauí

  
**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Eliana Campêlo Lago**  
Suplente  
Centro Universitário Uninovafapi

## **AGRADECIMENTOS**

*A Deus, por ter me mantido firme e determinada durante toda essa trajetória.*

*Ao meu pai (in memoriam), **Getúlio Pereira de Oliveira**, por ter feito da sua vida a minha vida e ter deixado o maior legado que eu poderia receber: a educação.*

*À minha mãe, **Cleonina Maria da Silva Oliveira**, por sempre estar ao meu lado e me apoiar, mesmo nos momentos em que achava que estava sozinha. Mãe, você não imagina a importância que teve e que tem na minha vida.*

*Aos meus filhos, **Eduardo Cairo Oliveira Cordeiro e Amanda Carla Oliveira Azevedo**, por tornarem meus dias mais coloridos. Amo muito vocês.*

*Aos meus irmãos, **Moisés, Maria Célia e José Alfredo** por me apoiarem em todos os momentos da minha existência.*

*Aos meus sobrinhos, cunhado e cunhadas por participarem da minha vida.*

*À minha orientadora, **Dr.ª Inez Sampaio Nery**, por ter me acolhido nesse momento tão especial e ser um exemplo a ser seguido, tanto no campo pessoal quanto no profissional.*

*Aos membros das bancas de qualificação, **Dr. Francisco de Oliveira Barros Júnior, Dr.ª Andrea Cronemberger Rufino** e, em especial, **Dr.ª Telma Maria Evangelista de Araújo**, que trouxe valiosas contribuições para o meu trabalho.*

*À **Dr.ª Elucir Gir**, por ter aceitado prontamente o convite para a defesa da minha tese. Agradeço pelas contribuições e por fazer parte desse momento da minha vida.*

*As Dras **Elyrose de Sousa Brito e Eliana Campelo Lago**, por participar da banca de defesa*

*Ao professor **João Batista Teles**, por ter me apresentado a estatística de uma forma prazerosa e ética.*

*Aos meus amigos, **Sandro Roberto de Azevêdo e John Kennedy Cordeiro**, por terem me dado os maiores tesouros da minha vida: meus filhos.*

*À **Dr.ª Cristina Maria Miranda**, amiga e reitora do Centro Universitário Uninovafapi, que me apoiou e me incentivou no decorrer do curso. Meus sinceros agradecimentos por reconhecer a importância da qualificação do docente e contribuir para meu crescimento pessoal e profissional.*

*Ao meu amigo **Breno Miranda Trábulo Pinheiro Correia**, por me acompanhar durante todo o percurso. Obrigada, amigo, você foi muito importante para a concretização desse sonho.*

*À minha amiga e eterna orientadora, Dr.<sup>a</sup> Maria Eliete Batista Moura, por me incentivar e me mostrar os prazeres de fazer pesquisa.*

*Às amigas Karina e Gardênia, colaboradoras do Centro Universitário Uninovafapi, pela disponibilidade e compreensão*

*Aos professores do Doutorado em Políticas Públicas da UFPI, pelos ensinamentos e discussões que contribuíram para meu crescimento pessoal e profissional.*

*À Universidade Federal do Piauí, por ser uma instituição que prima pela qualidade no ensino e ter feito parte da minha trajetória acadêmica na graduação, mestrado e doutorado.*

*Aos funcionários da Coordenação do Doutorado em Políticas Públicas, pela presteza e dedicação em me atender em todos os momentos nos quais precisei de informações.*

*À minha amiga Marinalva Santana, por ter acreditado na pesquisa e ter me apresentado ao mundo das mulheres que fazem sexo com mulheres.*

*A todos que contribuíram direta ou indiretamente na realização desta pesquisa*

*Cada cultura constrói a sua aids própria e específica, bem como as respostas a ela.*

*(Herbert Daniel)*

## RESUMO

**Introdução:** Durante muitos anos, o HIV/Aids foi visto como um problema de gênero, as mulheres não se mostravam como objeto de preocupação. Até hoje muitos profissionais da área da saúde ainda resistem em solicitar a testagem anti-HIV para as suas pacientes, principalmente se essas forem mulheres que fazem sexo com mulheres. Estudos envolvendo o conhecimento sobre transmissão e prevenção do HIV/Aids entre as mulheres que fazem sexo com mulheres ainda são raros e aqueles realizados com outras populações apontam a falta do conhecimento como uma das principais barreiras para a prevenção contra a doença. **Objetivo:** Avaliar o conhecimento, as atitudes e as práticas relacionadas às formas de prevenção e transmissão do HIV/Aids entre as mulheres que fazem sexo com mulheres residentes no município de Teresina. **Metodologia:** Foi realizado um estudo epidemiológico, transversal, desenvolvido por meio de um inquérito CAP (Conhecimentos, Atitudes e Práticas). Os dados foram coletados por meio de um questionário disponibilizado tanto em formato físico quanto eletrônico. Construiu-se uma escala para classificar o CAP com atribuições de escores. Fizeram parte da amostra 91 mulheres com idade igual ou superior a 18 anos, residentes em Teresina. O *software SPSS for windows (Statistical Package for the Social Sciences)*, versão 20.0 foi utilizado para processamento dos dados e identificação de associações com significância estatística para  $p < 0,05$ . **Resultados:** A maioria das mulheres da amostra tinha entre 26 e 33 anos; concluiu o ensino médio; tinha renda mensal entre um a quatro salários mínimos; era católica; já viveu com companheira e não vive mais; era parda; tinha “outras” ocupações e manteve relação sexual somente com mulher. Das 91 mulheres entrevistadas sobre a transmissão e prevenção do HIV/Aids, 62 (68%) demonstraram conhecimento regular, 22 (24%) pouco conhecimento. Com relação às atitudes, 57 (63%) apresentaram atitude positiva, 27 (30%) atitude negativa. No que se refere às práticas, 48 (53%) apresentaram prática adequada e 43 (47%), práticas inadequadas. As associações foram avaliadas por meio do teste qui-quadrado com níveis de significância de 5%. Houve associação estatística significativa do conhecimento, atitudes e práticas com o grau de escolaridade e religião ( $p < 0,05$ ). **Conclusão:** Conclui-se que a maioria da amostra estudada apresentou conhecimento regular e atitudes positivas sobre a transmissão e prevenção do HIV/Aids, no entanto isto não se reverte em práticas adequadas, demonstrando em alguns momentos uma incoerência cognitiva. É de fundamental importância o diagnóstico desses aspectos para o planejamento das políticas públicas, no intuito de contribuir para a formulação de ações efetivas e eficientes envolvendo as formas de prevenção e de transmissão do HIV/Aids, voltadas para essa população. Este estudo pode colaborar para a discussão e validação do roteiro CAP como método adequado para explorar o conhecimento, atitudes e práticas na saúde em mulheres que fazem sexo com mulheres.

**Palavras-Chave:** Conhecimentos, atitudes e práticas em saúde. HIV. Aids. Mulheres lésbicas.

## ABSTRACT

**Introduction:** For many years, HIV/AIDS was seen as a gender issue, women showed no concern as object. Even today many health professionals still resist requesting HIV testing to their patients, especially if these are women who have sex with women. Studies involving the knowledge about transmission and prevention of HIV/Aids among women who have sex with women are still rare and those conducted with other populations show a lack of knowledge as a major barrier for the prevention of disease. **Objective:** To evaluate the knowledge, attitudes and practices related to the forms of prevention and transmission of HIV/AIDS among women who have sex with women living in the city of Teresina. **Methodology:** An cross epidemiological study was conducted and developed through a KAP inquiry (knowledge, attitudes and practices). Data were collected through a questionnaire available in both physical and electronic format. A scale was build to sort the KAP. The sample included 91 women aged over 18 years living in Teresina. The SPSS for Windows (Statistical Package for Social Sciences) version 20.0 was used for data processing and identification of associations with statistical significance at  $p < 0.05$ . **Results:** The majority of the sample was between 26 and 33 years; finished high school; had a monthly of 1-4 minimum wages; was Catholic; ever lived with a partner and does not live anymore; has a brown skin color; He had "other" occupations and kept sex only with women. Of the 91 women interviewed about the transmission and prevention of HIV / AIDS, 62 (68%) demonstrated regular knowledge, 22 (24%) lack of knowledge. Regarding attitudes, 57 (63%) showed a positive attitude, 27 (30%) negative attitude. With regard to the practices, 48 (53%) had proper and 43 (47%), practices inadequate. Associations were evaluated using the chi-square test with significance level of 5%. There was statistically significant association of knowledge, attitudes and practices with the level of education and religion ( $p < 0.05$ ). **Conclusion:** It is concluded that most of the sample presented regular knowledge and positive attitudes about the transmission and prevention of HIV / AIDS, however this does not translate into good practice, showing at times a cognitive inconsistency. It is vital to the diagnosis of these aspects for the planning of public policies in order to contribute to the formulation of effective and efficient actions involving forms of prevention and transmission of HIV / AIDS focused on this population. This study may contribute to the discussion and validation of the CAP script as appropriate method to explore the knowledge, attitudes and practices in health in women who have sex with women.

**Keywords:** Knowledge, attitudes and health practices. HIV. Aids. Lesbian women.

## LISTA DE QUADRO, FIGURAS E GRÁFICOS

Figura 1	Alerta de preenchimento do questionário eletrônico .....	53
Quadro 1	Questões utilizadas para a classificação de conhecimentos, atitudes e práticas no contexto deste estudo.....	56
Gráfico 1	Distribuição das mulheres que fazem sexo com mulheres segundo a classificação do conhecimento relacionado à prevenção e transmissão do HIV/Aids.....	65
Gráfico 2	Distribuição das mulheres que fazem sexo com mulheres segundo a classificação das atitudes relacionadas à prevenção e transmissão do HIV/Aids.....	66
Gráfico 3	Distribuição das mulheres que fazem sexo com mulheres segundo classificação das práticas relacionadas a prevenção e transmissão do HIV/Aids.....	66

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização sócio-demográfica da amostra. Teresina (PI), 2015 (n=91).....	60
Tabela 2	Conhecimento das mulheres que fazem sexo com mulheres sobre a prevenção e transmissão do HIV/Aids. Teresina (PI), 2015 (n=91).....	63
Tabela 3	Atitudes das mulheres que fazem sexo com mulheres sobre a prevenção e transmissão do HIV/ Aids. Teresina (PI), 2015. (n=91).....	64
Tabela 4	Práticas referidas pelas mulheres que fazem sexo com mulheres sobre a prevenção do HIV/Aids. Teresina (PI), 2015. (n=91).....	65
Tabela 5	Associação do conhecimento das mulheres que fazem sexo com mulheres sobre a prevenção e transmissão do HIV/Aids com faixa etária. Teresina (PI), 2015. (n=91).....	67
Tabela 6	Associação do conhecimento das mulheres que fazem sexo com mulheres sobre a prevenção e transmissão do HIV/Aids com grau de escolaridade. Teresina (PI), 2015.....	69
Tabela 7	Associação do conhecimento sobre a prevenção e transmissão do HIV/Aids com renda mensal. Teresinha (PI), 2015 (n=91).....	70
Tabela 8	Associação do conhecimento das mulheres que fazem sexo com mulheres sobre a prevenção e transmissão do HIV/Aids com religião. Teresina (PI), 2015.....	72
Tabela 9	Associação das atitudes das mulheres que fazem sexo com mulheres sobre a prevenção e transmissão do HIV / AIDS com faixa etária. Teresina (PI), 2015 (n=91).....	73
Tabela 10	Associação das atitudes das mulheres que fazem sexo com mulheres sobre a prevenção e transmissão do HIV/Aids com grau de escolaridade. Teresina (PI), 2015. (n=91).....	74
Tabela 11	Associação das atitudes das mulheres que fazem sexo com mulheres sobre a prevenção e transmissão do HIV/Aids com renda mensal. Teresina (PI), 2015. (n=91).....	75
Tabela 12	Associação das atitudes das mulheres que fazem sexo com mulheres sobre a prevenção e transmissão do HIV/Aids com religião. Teresina (PI), 2015.(n=91).....	76

Tabela 13	Associação das práticas das mulheres que fazem sexo com mulheres sobre a prevenção e transmissão do HIV/Aids com faixa etária. Teresina (PI), 2015. (n=91).....	77
Tabela 14	Associação das práticas das mulheres que fazem sexo com mulheres sobre a prevenção e transmissão do HIV/Aids com grau de escolaridade. Teresina (PI), 2015. (n=91).....	78
Tabela 15	Associação das práticas das mulheres que fazem sexo com mulheres sobre a prevenção e transmissão do HIV/Aids com renda mensal. Teresina (PI), 2015. (n=91).....	79
Tabela 16	Associação das práticas das mulheres que fazem sexo com mulheres sobre a prevenção e transmissão do HIV/Aids com religião. Teresina (PI), 2015. (n=91).....	80

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIações

ABGLT	Associação Brasileira de Gays, Lésbicas e Travestis
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CAP	Conhecimento, atitude e prática
CBO	Código Brasileiro de Ocupações
CDC	Centro de Prevenção de Doenças
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COAS	Centro de Orientação Sorológica
CRT	Centro de Referência e Treinamento
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais
DST	Doença Sexualmente Transmissível
GAPA	Grupo de Apoio à Prevenção à aids
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBDFAM	Instituto Brasileiro de Direito da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
MSM	Mulheres que fazem sexo com mulheres
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PCAP	Pesquisa sobre Comportamento, Atitudes e Práticas
PEP	Profilaxia Pós-exposição
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio
PrEP	Profilaxia Pré-exposição
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia antirretroviral

TV Transmissão Vertical

UFPI Universidade Federal do Piauí

UNAIDS Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids

## SUMÁRIO

### APRESENTAÇÃO

<b>1.</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>20</b>
1.1	Objetivos.....	24
1.1.1	Objetivo Geral.....	24
1.1.2	Objetivos Específicos .....	24
1.2	Justificativa da Pesquisa.....	25
<b>2.</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>27</b>
2.1	Contextualizando o objetivo de estudo da pesquisa.....	28
2.2	Políticas de Saúde e Diversidade sexual.....	35
2.3	Diversidade Sexual e o HIV/Aids.....	41
<b>3.</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>47</b>
3.1	Tipo de Estudo .....	48
3.2	Local do Estudo.....	48
3.3	Participantes e amostra do estudo.....	49
3.4	Critérios para inclusão e exclusão.....	50
3.5	Variáveis do estudo .....	50
3.6	Instrumento para coleta e dados.....	51
3.7	Coleta dos Dados.....	52
3.8	Organização e análise dos dados.....	55
3.9	Escala de Classificação dos Conhecimentos, Atitudes e Práticas (CAP).....	55
3.10	Aspectos Éticos e Legais.....	57
<b>4.</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>59</b>
4.1	Caracterização da amostra.....	60
4.2	Conhecimentos, atitudes e práticas .....	62
4.3	Análise bivariadas.....	67
<b>5.</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>81</b>
<b>6.</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>103</b>
	<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>106</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>121</b>
	<b>ANEXO.....</b>	<b>127</b>

## *APRESENTAÇÃO*

A autora desta pesquisa trabalha como enfermeira há vinte e três anos e como docente de graduação em enfermagem há treze anos. Durante todo esse tempo, teve a oportunidade de conviver com diversas situações que despertaram seu interesse em buscar respostas por meio da pesquisa científica. Uma dessas situações direcionou-a para o Mestrado em Políticas Públicas, concluído em 2006, quando estudou a temática dos transplantes. Naquele momento, acreditou que a pesquisa havia respondido às suas inquietações sobre aquele tema. Entretanto, outras questões inquietaram-na e, do ponto de vista da autora, careciam de investigação.

Ao ministrar disciplinas de atenção à saúde e participar de projetos de extensão voltados para a educação em saúde, teve aproximação com a temática da homossexualidade. Nos debates, os alunos descreveram que muitas vezes os homossexuais são atendidos nos serviços de saúde de forma invisível, e que essa invisibilidade é reforçada pelos olhares dos profissionais de saúde e protocolos do Ministério da Saúde, que contemplam a heterossexualidade.

Durante a aproximação com a temática, a autora surpreendeu-se positivamente, em 2010, com a publicação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT); e então, buscou orientar trabalhos de conclusão de curso vinculados ao estudo dessa Política. Dentre esses trabalhos, publicou um artigo na Revista Cuidado é Fundamental, em 2013, intitulado “Visão dos graduandos de uma instituição de ensino superior sobre a homossexualidade”. Os resultados desse trabalho mostraram que alguns graduandos não se sentiam preparados para atender a clientela homossexual, por desconhecem a singularidade de saúde da mesma, mas, sobretudo por conta da heteronormatividade presente nos serviços de saúde, que é um aspecto central para o não acolhimento e a vulnerabilização desta.

Este estudo reportou-se ao Dossiê Saúde das Mulheres Lésbicas – Promoção da Equidade e da Integralidade, publicado em 2006, pela Rede Feminista de Saúde, sinalizando para a invisibilidade das mulheres lésbicas e bissexuais e o escasso conhecimento científico sobre as especificidades desse contingente populacional, principalmente no que se refere à prevenção e transmissão do

HIV/Aids<sup>1</sup>.

Verificou-se que as pesquisas sobre vulnerabilidade para transmissão do HIV são raras e demonstram que a maioria das mulheres que fazem sexo com mulheres se considera como baixo risco para infecção e transmissão do vírus. Por isso, resolveu-se pesquisar as mulheres que fazem sexo com mulheres, buscando avaliar seu conhecimento, atitudes e práticas no que concerne à prevenção e a transmissão do HIV/Aids.

Durante o processo de investigação, observou-se que a maioria dos estudos que abordam as mulheres que fazem sexo com mulheres no contexto do HIV/Aids, está em âmbito internacional, principalmente nos Estados Unidos da América e Canadá, e que no Brasil ainda há uma timidez nas publicações envolvendo a temática.

Por essa razão, o presente estudo buscou avaliar o conhecimento, as atitudes e as práticas das mulheres que fazem sexo com mulheres sobre a transmissão e prevenção do HIV/Aids. Foi organizado em seções, descritas a seguir, além de referências, apêndices e anexos:

**Introdução e Revisão da literatura** – apresentam-se os dados sobre o HIV/Aids no mundo e no Brasil, nas diversas populações enfocando as mulheres que fazem sexo com mulheres.

**Metodologia** - descrição dos passos adotados para o desenvolvimento do estudo, das técnicas empregadas em sua realização, assim como das questões éticas envolvidas na investigação.

**Resultados** – caracterização do perfil sociodemográfico das mulheres que fazem sexo com mulheres, descrição do conhecimento, das atitudes e das práticas da população do estudo sobre as formas de transmissão e prevenção do HIV/Aids em uma relação sexual com mulheres, e identificação da associação entre

---

<sup>1</sup> Nota explicativa: AIDS, Aids e aids: O Dicionário da Língua Portuguesa, de Antonio Houaiss, marca a palavra aids em letras minúsculas, considerando-a, portanto, um substantivo feminino - aids: doença que abala as defesas do organismo, transmitida sexualmente ou por sangue contaminado. Também grafado com maiúsculas: AIDS. A Coordenação Nacional de DST/AIDS adotou a forma substantiva com grafia minúscula. Entretanto, a grafia maiúscula, AIDS, é utilizada quando a palavra faz parte de uma sigla. Ex: CN-DST/AIDS. A forma Aids aparece em títulos onde todas as outras palavras que formam a frase, ou título, são marcadas com as iniciais maiúsculas. Ex: Coordenação Nacional de DST e Aids. Neste trabalho, as diferentes formas de escrever a palavra aids seguiram esta orientação. Em citações, foi mantida a grafia do texto original.

o conhecimento sobre prevenção do HIV/Aids da amostra do estudo com a faixa etária, grau de escolaridade, renda familiar e religião.

**Discussão** - discutem-se os dados encontrados nas entrevistas realizadas. Comparam-se os achados do estudo com os resultados de publicações nacionais e internacionais.

**Conclusão** – fechamento do estudo com os principais resultados e contribuições para o conhecimento das questões relacionadas ao conhecimento, atitudes e práticas das mulheres que fazem sexo com mulheres sobre a transmissão e prevenção do HIV/Aids em Teresina.

Nessa seção, também faz-se menção às referências utilizadas para subsidiar o estudo, bem como aos apêndices, que contemplam o questionário utilizado para coleta dos dados e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Por fim, os anexos, que se referem à autorização do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos

## *1 INTRODUÇÃO*

---

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), doença causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), tem se mostrado uma epidemia caleidoscópica e de difícil controle. É considerada um relevante problema de saúde pública no Brasil e no mundo, pois configura-se com alta morbimortalidade e com expectativas de crescimento e propagação em todos os lugares do mundo.

O HIV é transmitido pela relação sexual, exposição parenteral ou mucosas com sangue, hemoderivados ou instrumentos perfurocortantes, contaminados pelo vírus, e por meio da Transmissão Vertical (TV), que ocorre da mãe para o filho durante a gestação, parto ou amamentação (ARAÚJO; SIGNES; ZAMPIER, 2012).

De acordo com o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS), 34 milhões de pessoas foram infectadas pelo HIV até dezembro de 2011 (UNAIDS/WHO, 2012). No Brasil, conforme dados do Ministério da Saúde, 798.366 casos de aids foram notificados entre 1980 e junho de 2015, sendo que 116.756 desses casos estão na região nordeste, e 6.004 no Piauí (BRASIL, 2015a). Em Teresina, conforme dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), de 2000 a junho de 2015, foram registrados 1854 casos de aids, sendo 1294 em homens e 560 em mulheres (SINAN/SESAPI, 2015).

No Brasil, foram registrados, de 1980 até junho de 2015, 519.183 (65%) casos de aids em homens e 278.960 (35%) em mulheres; ou seja, quase metade são em mulheres. No período de 1980 até 2003, observou-se um aumento na participação das mulheres nos casos de aids. Com isso, a razão de sexo, expressa pela relação entre o número de casos de aids em homens e mulheres, apresentou redução de até 15 casos em homens para cada 10 casos em mulheres. Esses números apontam para o fenômeno da feminização da epidemia, sendo este comprovado pela contínua redução da razão de sexo, de 15,3 homens para cada mulher em 1986, e de 1,7 homens para cada mulher em 2010 (BRASIL, 2015a).

Para Carneiro e Coelho (2010), a aids deixou de ser uma doença que atinge apenas homens homo e bissexuais, fazendo com que muitas mulheres também vivam com a mesma. A quantidade de mulheres infectadas aumentou inclusive entre as heterossexuais casadas, com união estável e que não fazem uso de drogas, sendo a relação sexual a principal via de transmissão do vírus. Esse aumento altera o perfil epidemiológico da doença, deflagrando o processo de feminização e desvelando a vulnerabilidade da mulher. Essa vulnerabilidade é

corroborada porque muitas mulheres ainda acreditam que a aids seja restrita à antiga classificação chamada grupos de risco, reforçando estereótipos e preconceitos sobre sexo imoral e identidade sexual, por vários comportamentos e relações sexuais não serem aceitos e, dessa maneira, não acreditam na transmissão do HIV pelo relacionamento heterossexual ou sexo com outras mulheres.

A feminização refere-se ao gênero feminino determinado biologicamente pelos cromossomos XX. Compreende-se que a feminização do HIV/Aids deve incluir a análise e o tratamento adequado de todas as variáveis e fatores a ela associados. Para isso, o Ministério da Saúde publicou, em 2003, o documento “Políticas e diretrizes de prevenção das DST/Aids entre mulheres”. Esse documento apresentou o panorama epidemiológico do país, assinalando a feminização, pauperização e interiorização da epidemia. Nele, a população feminina aparece como alvo explícito, pois o crescimento da epidemia entre as mulheres é crescente, e a taxa de mortalidade mostrou-se com menor redução quando comparada à dos homens (BRASIL, 2003).

Esse diferencial pode ser em decorrência das mulheres, em grande parte, receberem um diagnóstico tardio de soropositividade ou vivenciarem problemas no seu atendimento, devido à persistência de referenciais de “grupos de risco” de uma parcela de profissionais de saúde, e por isso não as situam num quadro de vulnerabilidade. Portanto, a identificação tardia do diagnóstico de aids pode gerar, conseqüentemente, quadros de morbidade e mortalidade (DINIZ; VILELLA, 1999).

Para Taquette (2009), as mulheres ainda são vistas pela sociedade e setor saúde apenas como mães, e não como pessoas de direitos, incluindo a sexualidade desvinculada da reprodução. As imagens das mulheres que são difundidas mostram realidades discriminatórias e estereotipadas. Elas, principalmente as mais jovens, encontram dificuldade de acesso aos insumos e às orientações necessárias para sua saúde sexual e reprodutiva, tornando-as mais suscetíveis à infecção por HIV e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST). Outros exemplos que associam estigma e negação de direitos são as prostitutas, as lésbicas e as mulheres vivendo com aids, as quais não têm atendimento facilitado nos serviços de saúde.

Mora e Monteiro (2013) consideram que a vulnerabilidade das mulheres à infecção pelo HIV decorre de fatores biológicos, sociais, econômicos, culturais, ressaltando-se as questões de gênero e a anuência pela sociedade da violência

contra a mulher. No caso das mulheres que fazem sexo com mulheres (MSM), a vulnerabilidade decorre também da baixa percepção de risco em relação à infecção pelo vírus. Infere-se que a invisibilidade das questões relacionadas à saúde dessas mulheres é resultante, em parte, do destaque dos discursos preventivos dos riscos ao HIV, das práticas sexuais penetrativas heterossexuais e homossexuais masculinas e da escassez de pesquisas sobre a vulnerabilidade nessa população.

Todavia, há uma crescente produção científica apontando que as MSM têm risco de adquirir HIV devido às relações heterossexuais anteriores, transfusão sanguínea, uso de drogas injetáveis, inseminação artificial e acidentes ocupacionais (CDC, 2006). Para Maguen, Armistead e Kalichman (2000), essas mulheres procuram por diagnóstico do HIV somente quando se relacionam às práticas heterossexuais e à ocorrência de DST. Uma parcela das mulheres que fazem sexo com mulheres considera-se imune ao HIV, pois acredita que a monogamia, a identidade lésbica e/ou as relações heterossexuais eventuais não repercutirão no seu estado sorológico e na sua saúde sexual.

Mora e Monteiro (2013) relatam que trabalhos recentes mostraram evidências clínicas de que as mulheres lésbicas e bissexuais podem contrair o HIV, pois o contato com sangue menstrual e secreções vaginais, o uso de brinquedos sexuais, têm o potencial de transmissão do HIV, bem como de outras DST, – sífilis, hepatites B e C e o papiloma vírus humano –, caso a relação sexual seja mais ou menos traumática. No entanto, a ciência biológica não sustenta a diversidade existente no comportamento sexual dessas mulheres, pois a identidade feminina única e naturalizada obtém cada vez menos ressonância social.

No sexo feminino não há homogeneidade relacionada à sexualidade, pois a prática sexual não define a identidade. É possível, por exemplo, praticar relações homossexuais sem se considerar “homossexual” ou “bissexual”, assim como sentir desejos homossexuais sem manter relações homossexuais. Então, classificar a mulher em lésbica ou bissexual é simplista e não é capaz de dar conta de uma realidade tão complexa quanto à do universo sexual.

Considera-se que a cisão entre práticas, desejos e identidades, evidenciada na literatura sobre sexualidade, e o entrelaçamento entre gênero, sexualidade e outros marcadores sociais de diferença – raça, classe e geração – demandam atenção para a diversidade interna da população constituída por essa categoria. Por isso, neste trabalho será utilizado o termo “Mulheres que fazem sexo

com Mulheres (MSM)”, sigla que foi cunhada pelos profissionais de saúde como medida de prevenção ao HIV/Aids, sem entrar em questões culturais, de identidade de gênero ou orientação sexual; e sim, no comportamento sexual dessas mulheres.

Mattews et al., (2013) relatam que a orientação sexual é, muitas vezes, descrita em três dimensões: atração, comportamento e identidade. Essas dimensões não caminham necessariamente da mesma maneira e na mesma direção. Assim, não se deve pressupor uma conexão direta e necessária entre a atração que uma pessoa sente por outra, o seu comportamento sexual e o modo como ela percebe a si mesma.

Diante desse contexto, esta pesquisa foi norteadada pela tese de que parte das mulheres que fazem sexo com mulheres desconhece as formas de prevenção e transmissão do HIV, e que, por esse motivo, têm atitudes e adotam práticas que podem contribuir para a propagação deste vírus, tornando-as vulneráveis.

Esta pesquisa tem como questões de partida: As mulheres que fazem sexo com mulheres conhecem as formas de transmissão e de prevenção do HIV/Aids? Esse conhecimento reflete-se nas atitudes e práticas dessas mulheres?

## **1.1 Objetivos**

### **1.1.1 Geral**

- Avaliar o conhecimento, as atitudes e as práticas relacionadas às formas de prevenção e transmissão do HIV/ Aids entre as mulheres que fazem sexo com mulheres.

### **1.1.2 Específicos**

- Caracterizar a população do estudo quanto à faixa etária, grau de escolaridade, renda mensal, religião, estado conjugal, cor, ocupação e relacionamento sexual atual.

- Analisar o conhecimento, as atitudes e as práticas da população do estudo sobre as formas de transmissão e prevenção do HIV/Aids em uma relação sexual com mulheres.
- Identificar a associação entre o conhecimento sobre prevenção do HIV/Aids da população estudada com a faixa etária, grau de escolaridade, renda mensal e religião.

## 1.2 Justificativa da Pesquisa

As mulheres que fazem sexo com mulheres apresentam-se como um desafio para os profissionais de saúde, pois as suas necessidades nessa área dizem respeito não necessariamente às suas características intrínsecas, mas principalmente às consequências das representações que recaem sobre suas práticas sexuais e modos de vida, consideradas desviantes em relação a um suposto padrão de normalidade ou saúde implicado na heteronormatividade moralmente vigente.

No momento da prestação de cuidados com a saúde, o profissional deve considerar que qualquer mulher, mesmo grávida, pode ser lésbica ou bissexual, e que o seu universo não é singular, e, invariavelmente, tem a possibilidade de estar envolto em muitas demandas que terminam por amplificar a vulnerabilidade dessas mulheres a situações capazes de comprometer a sua saúde, em especial, a transmissão e infecção do HIV/ Aids.

No entanto, as práticas sexuais entre mulheres são pouco conhecidas e não há muitos estudos envolvendo esse segmento populacional. Por isso, é importante reconhecer que as mulheres que fazem sexo com mulheres têm atitudes e práticas não uniformes e diferem também quando estão com suas parceiras.

Esses aspectos guardam estreito relacionamento entre si e os resultados desta pesquisa poderão ser úteis para o incremento de novos estudos sobre a temática, para o planejamento e a condução de programas e atividades nas instituições de ensino, seja em projetos de extensão ou inserido nas disciplinas curriculares.

Outra justificativa refere-se ao interesse em aprofundar o conhecimento sobre as identidades de gênero não hegemônicas, que permita contribuir para a diminuição do preconceito contra essas populações na sociedade. Do ponto de vista da saúde coletiva, acredita-se na possibilidade de oferecer um conhecimento à comunidade de MSM, de modo a contribuir para uma melhor compreensão de suas atitudes e práticas no tocante à prevenção e transmissão do HIV/ Aids.

Acredita-se que os resultados também podem favorecer a discussão, no que se refere ao campo da saúde e a sexualidade dessas mulheres em particular, pois há ainda uma lacuna de estudos sobre a temática no Brasil. No Piauí não há, até o momento, pesquisas envolvendo esse objeto. Essa discussão poderá ser favorável no sentido de implementar conhecimentos de amplo alcance cultural que se cristalizem em ações educacionais e de assistência à saúde, sem atos discriminatórios às mulheres que fazem sexo com mulheres.

## *2 REVISÃO DA LITERATURA*

---

## 2.1 Contextualizando o objeto de estudo da pesquisa

Estou vivendo com AIDS. Um vírus me habita, um risco me ronda. Dessas coisas devo falar. Não por causa da doença. Nem mesmo por causa da morte, da qual nunca saberemos nada – e, portanto, o único que resta a fazer é aprender a vivê-la; aprender a vivê-la, morte!, é aprender sumariamente. Estou compelido a falar, assim sendo, daquilo que, em saúde ou doença, me toma o plural de uma época, ou seja, a dita condição humana. Afinal, a questão é sempre a vida. No oposto do seu biológico (HERBERT DANIEL, 1991, p.3).

É por meio do fragmento do livro “Anotações à margem do viver com aids”, de Herbert Daniel, que esse capítulo se inicia para contextualizar o objeto de estudo desta pesquisa.

Para se compreender a epidemia HIV/Aids na contemporaneidade, é necessário fazer uma breve retrospectiva histórica, partindo-se dos anos 1980, época em que surgiu a doença. É importante ressaltar que esta retrospectiva pontuará aspectos considerados importantes e que marcaram os avanços na política nacional e mundial do HIV/Aids. Para isso foi feito um recorte, iniciando do final da década de 1970 até os dias atuais.

Os primeiros casos de aids surgiram entre 1977 e 1978 nos Estados Unidos, Haiti e África Central. Esses casos foram descritos como doença, nos Estados Unidos, somente em 1982. No Brasil, o primeiro caso surgiu em 1980, mas somente foi classificado como doença em 1982 (BRASIL, 2013a).

Naquele período, a ocorrência em jovens aparentemente saudáveis despertou o interesse da comunidade científica para o provável aparecimento de uma doença de etiologia desconhecida. Os portadores tinham quadro clínico semelhante e na sua maioria era homossexual masculino, por isso descreveu-se uma possível vinculação da mesma com as práticas sexuais desta população.

Essa vinculação não repercutiu positivamente, pois, ao equivocar-se sobre as possíveis formas de transmissão, centradas nas práticas sexuais dos homossexuais masculinos, a doença pôde disseminar-se para outros segmentos da sociedade. No entanto, por este equívoco, recebeu um *status* de “câncer gay” ou “peste gay”, e o Centro de Controle de Doenças (CDC) passou a utilizar a expressão “grupo de risco”; ou seja, grupos mais expostos à infecção.

Para Padoin (1999), essa expressão incorporava aqueles segmentos que apresentavam ações e/ou atitudes desviantes do moralmente aceito na sociedade, sendo a aids considerada, então, uma espécie de castigo divino que acometia aqueles que procuravam ou que mereciam a ira suprema. No entanto, Schaurich (2004) ressalta que essa conceituação somente contribuiu para marginalizar ainda mais quem já se encontrava à margem da sociedade, não auxiliando para o progresso de campanhas e ações educativo-preventivas que minimizassem a disseminação do vírus.

Em 1982, no início da pandemia, os casos se restringiam a um determinado grupo, sendo por isso adotado temporariamente o termo “Doença dos 5 H”, em que os “H” representavam: homossexuais, hemofílicos, haitianos, heroinômanos (usuários de heroína injetável), hookers (profissionais do sexo em inglês), ou seja, foram conhecidos os possíveis fatores de transmissão (SOUSA et al., 2012).

Entretanto, em curto espaço de tempo a aids começou a ser diagnosticada em diversos segmentos populacionais, como homo, bi e heterossexuais e seus parceiros, portadores de hemofilia e seus parceiros, usuários de drogas injetáveis e seus parceiros e um número considerável de mulheres e crianças.

Em 1983, foi notificado o primeiro caso de aids em criança, no sexo feminino e possível transmissão do vírus em heterossexuais e profissionais de saúde no Brasil. Nos Estados Unidos, foram registrados 3.000 casos da doença e 1.283 óbitos (BRASIL, 2013a). Esse cenário foi permeado por muitas dúvidas e incertezas por parte da população, que se via bombardeada com informações midiáticas que, ora a culpabilizava, reforçando que a transmissão do vírus ocorria por relações sexuais; ora a vitimizava, divulgando que a doença matava e que todos tinham que se proteger.

Em 1984, foi estruturado, no Brasil, o primeiro programa de controle da aids, um Programa da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo. Para Grangeiro, Laurindo e Teixeira (2009), a estrutura do programa articulou quatro estratégias: serviços de referência assistencial e laboratorial, vigilância epidemiológica, informação e educação à população e mobilização e participação social. Entre as diretrizes, se destacavam o combate à discriminação, a garantia do acesso universal ao tratamento e a promoção da equidade para os grupos sociais

mais afetados no acesso aos recursos disponíveis.

Esse Programa foi uma resposta às inquietações de representantes dos homossexuais. De acordo com Teixeira (1997), em junho de 1983, esse grupo, preocupado com o surgimento da doença no Brasil e com as informações vindas dos Estados Unidos, que indicavam a possibilidade do crescimento acelerado do número de novos casos, demandou ações concretas das autoridades de saúde para minimizar os efeitos desse novo agravo.

Em 1985, foi criada a Fundação do Grupo de Apoio à Prevenção à Aids (GAPA), sediada em São Paulo, que se tornou a primeira Organização Não Governamental (ONG) do Brasil e da América Latina na luta contra a doença. O GAPA/SP surgiu com a missão de lutar pelos direitos humanos das pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil.

Ainda em 1985, o primeiro teste anti-HIV foi disponibilizado para diagnóstico e as estatísticas da aids começaram a mostrar que ela não atingia somente indivíduos dos grupos de risco tradicionais, mas a todos que adotavam comportamentos de risco. O comportamento de risco é assumido quando a pessoa tem relações sexuais (homo ou heterossexual) sem o uso de preservativos; compartilha seringas e agulhas, principalmente, no uso de drogas injetáveis; reutiliza objetos perfurocortantes com presença de sangue ou fluidos contaminados pelo HIV. Para Seffner (2009), esse modelo retira o estigma dos grupos nos quais a epidemia foi inicialmente detectada, mas demonstra uma tendência de culpabilização individual.

Considerando que o caminho que leva o indivíduo a se infectar é determinado por um conjunto de condições – dentre as quais o comportamento é apenas um –, não há como pensar intervenções voltadas somente para o indivíduo, sem considerar as situações que interferem em seus comportamentos e sem acessar os elementos externos – políticos, econômicos, culturais e de oferta de serviços de saúde –, que podem apoiar e direcionar as pessoas numa perspectiva de maior ou menor autoproteção. É nesse contexto que surge o conceito de vulnerabilidade, que considera diversos aspectos relacionados ao adoecimento, resultante de um conjunto de fatores não apenas individuais, mas também coletivos e contextuais que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento.

Em 1985, foi notificado o primeiro caso de transmissão vertical, da mãe grávida para o bebê, e descobriu-se que a aids, a fase final da doença, é causada

por um retrovírus, denominado HIV<sup>2</sup> (*Human Immunodeficiency Virus*) ou vírus da imunodeficiência humana, com dois tipos conhecidos, HIV-1 e HIV-2. Com o aumento significativo de casos de aids, a escassez dos recursos terapêuticos disponíveis e a mortalidade alta, foi criado um programa federal de controle da aids, pela Portaria n.º 236/85 (BRASIL, 2013a).

Em 1986, foi criado o Programa Nacional de DST e Aids no Brasil, com sede em Brasília. O Ministério, como gestor das políticas de saúde, estruturou, em parceria e com apoio financeiro da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), o primeiro curso para formação de gestores de Programas Estaduais de Controle de DST e Aids, para uma resposta urgente à epidemia, que já atingia 22 estados da federação. As diretrizes e normas do Programa Nacional foram elaboradas e divulgadas para direcionamento das ações de controle nos estados. Nesse mesmo ano, foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, que implantou as bases do Sistema Único de Saúde (SUS), considerada como um importante marco histórico no Brasil (BRASIL, 2013a)

Para Teixeira (1997), mesmo reconhecendo a importância de inserir as ações de DST/Aids no novo modelo de saúde, o Programa Nacional demorou a avançar em sua política, pois não tomou como referencial as diretrizes do SUS para o direcionamento das ações de controle das DST/Aids, optando pela centralização da política e dos recursos financeiros.

Em 1987, foi criado o primeiro Centro de Orientação Sorológica (COAS), atual Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), em Porto Alegre, no Rio Grande do Sul. Nesse ano, foi aprovado para comercialização, pelo órgão norte-americano de controle sobre produtos farmacêuticos – FDA (*Food and Drug Administration*) – o primeiro fármaco com atividade antirretroviral, a zidovudina ou AZT (STYRT; PIAZZA-HEPP; CHIKAMI, 1996). O AZT é considerada a primeira droga aprovada para o tratamento da infecção do HIV/Aids e seu mecanismo de ação consiste em inibir competitivamente a incorporação, pela enzima transcriptase reversa, da timidina ao DNA viral, reduzindo a multiplicação do vírus (VEAL; BACK, 1995).

---

<sup>2</sup> Vírus da imunodeficiência humana é um termo histórico não taxonômico que se refere a qualquer uma das duas espécies, em particular HIV-1 e/ou HIV-2. Antes de 1986, foi denominado Vírus Tipo III T-Linfotrópico Humano/Vírus Associado à Linfadenopatia (HTLV-III/LAV). De 1986 a 1990, foi reconhecido como espécie oficial denominada HIV. Desde 1991, HIV não foi mais considerado um nome de espécie oficial. As duas espécies foram rotuladas HIV-1 e HIV-2.

Em 1988, o SUS foi concebido pela Constituição Federal, que representou um marco na garantia do direito à saúde do cidadão brasileiro, ao determinar um caráter universal às ações e aos serviços de saúde no país. Esse novo sistema, diferente do anterior, que era hegemônico e hospitalocêntrico, foi criado com o objetivo de promover os direitos constitucionais, sendo organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as ações preventivas, sem prejuízo das assistenciais e participação da comunidade.

Em 1991, o Brasil iniciou o processo de distribuição gratuita de antirretrovirais. O primeiro antirretroviral distribuído no sistema público de saúde foi a zidovudina (AZT) e o número de pacientes atendidos pelo sistema foi aumentando progressivamente, bem como o número de medicamentos distribuídos. Além dos antirretrovirais, o Ministério da Saúde também distribuiu, até 1998, medicamentos para tratamento de algumas infecções oportunistas, dentre elas, candidíase, pneumonia e tuberculose disseminada (BRASIL, 1999).

Em 1992 a infecção pelo HIV foi incorporada no Código Internacional de Doenças, e o Ministério da Saúde incluiu procedimentos para o tratamento da aids na tabela do SUS, iniciando, para isso, o credenciamento de hospitais (BRASIL, 2013a).

Um fato importante, também ocorrido em 1992, foi a proibição, no âmbito do Serviço Público Federal, da exigência de teste para detecção do HIV, tanto nos exames pré-admissionais quanto nos exames periódicos de saúde, por meio da Portaria Interministerial n.º 869, de 11 de agosto de 1992 (BRASIL, 1992).

Em 1993, o Brasil passou a produzir o AZT, e uma pesquisa europeia – Estudo Concorde apontou que ele não era cem por cento eficiente para portadores de HIV que ainda não tinham desenvolvido os sintomas de infecção. Em 1994, estudos mostraram que o uso do AZT ajuda a prevenir a transmissão do HIV de mãe para filho durante a gravidez e o parto. Em 1995, uma pesquisa demonstrou que o tratamento precoce das DST – com conseqüente redução no tempo de evolução das doenças e de suas complicações – fazia com que o risco de transmissão e aquisição do HIV diminuísse. Diante dessas informações, foram incrementadas ações para prevenção e tratamento das DST, que repercutiram na redução da incidência do HIV em 42% (BRASIL, 2013a).

Em 1996, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) editou a Resolução n.º

196, que estabeleceu regras para experimentos com seres humanos, dificultando assim a realização de experimentos antiéticos com pessoas soropositivas (BRASIL, 1996a); e foi aprovada a Lei n.º 9.313, garantindo que todos os portadores do HIV/Aids recebam, gratuitamente, do SUS, toda a medicação necessária ao seu tratamento (BRASIL, 1996b).

Em 2000, aconteceu a 13ª Conferência Internacional sobre Aids, em Durban, na África do Sul. Nessa Conferência foi declarada a alta mortalidade por aids na África, com 17 milhões de mortes, sendo 3,7 milhões crianças. Nesse mesmo ano, foi realizado o I Fórum em HIV/Aids e DST da América Latina, no Rio de Janeiro. No Brasil, aumentou a incidência de aids em mulheres, sendo a proporção de uma mulher para cada dois homens (BRASIL, 2013a)

Em 2002, a doença atingiu diferentes grupos populacionais. A expressão pauperização da aids surgiu em um país com desigualdades de renda, educação e acesso a bens e serviços de saúde. A epidemia, que no início se apresentava urbana, teve menor crescimento da doença, contrapondo com a maior incidência em municípios menores. Houve também um aumento entre as mulheres, principalmente em municípios pequenos, pois a transmissão era predominante por via heterossexual. Apesar de as transmissões por via homossexual e bissexual continuarem a existir, elas diminuíram diante da transmissão heterossexual. Nesta segunda fase da epidemia, a interiorização de novos casos se apresentou saturada em segmentos específicos de alto risco e apontando, dessa forma, a expansão para pessoas com padrões comportamentais considerados de baixo risco, o que leva à ideia de vulnerabilidade social (BRASIL, 2013a).

Em 2009, o Programa Nacional de DST e Aids tornou-se departamento da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, e o Programa Nacional para a Prevenção e Controle das Hepatites Virais foi integrado a ele. Em 2010, foi lançada a PCAP 2008 – Pesquisa sobre Comportamento, Atitudes e Práticas Relacionadas às DST e Aids da População Brasileira de 15 a 64 anos de idade (BRASIL, 2011). Essa pesquisa possibilitou o cálculo de estimativas confiáveis quanto ao tamanho de algumas populações com maior risco para o HIV, considerado importante para o adequado monitoramento da epidemia de aids no Brasil, a saber: homens que fazem sexo com homens, usuários de drogas injetáveis e mulheres profissionais do sexo.

Em 2014, a política de tratamento como prevenção do HIV foi adotada no

país. O uso dos medicamentos antirretrovirais foi indicado para qualquer fase da doença e anunciado o teste rápido por meio do fluido oral para venda em farmácia. Organizações Não Governamentais (ONGs) foram capacitadas para a aplicação do novo teste rápido pelo fluido oral em populações chave (BRASIL, 2013a).

Em março de 2014, a UNAIDS lançou a iniciativa “Zero Discriminação”, que tem como meta combater qualquer estigma que impeça o direito a uma vida plena, digna e produtiva. Segundo o órgão da ONU, a discriminação tem impedido o acesso de soropositivos a tratamentos de saúde e a empregos – o que também representa obstáculo ao acesso aos tratamentos. O resultado é que a discriminação tem tornado inalcançável o objetivo do programa de zerar o índice de novas infecções e mortes relacionadas à aids.

Em 2015, o Brasil assumiu o compromisso para atingir a meta 90-90-90, perante a ONU, e que foi também recentemente adotada pelo bloco dos BRICS – formado pelo Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul, entre outros países. A meta prevê que, até 2020, 90% de todas as pessoas vivendo com HIV saibam que têm o vírus; 90% das pessoas diagnosticadas com HIV recebam terapia antirretroviral e 90% das pessoas recebendo tratamento possuam carga viral indetectável<sup>3</sup> e não possam mais transmitir o vírus.

Sabe-se que muito tem sido feito para prevenir a transmissão do HIV e para tratar a aids no Brasil e no mundo; mas reconhece-se que ainda precisa-se avançar em várias questões que permeiam o HIV/Aids, tais como: sexualidade, gênero, discriminação, homofobia e outras. O caminho é longo e as muitas demandas, a cada dia mais complexas, necessitam de elaboração de políticas públicas e estratégias que foquem a percepção ou crença da população brasileira sobre essas questões.

Na contemporaneidade, o viver com HIV ou aids, ainda é um estigma e se mantém como um grande desafio a ser enfrentado pelos diversos atores sociais envolvidos na construção de ações e políticas que venham contribuir para melhoria da qualidade de informação, além da adoção de comportamentos mais seguros e menos preconceituoso.

---

<sup>3</sup> A carga viral é o número de cópias do HIV presente em cada mililitro de sangue. O Ministério da Saúde tem como diretriz que o indetectável é o abaixo de 40 cópias.

## 2.2 Políticas de Saúde e Diversidade sexual

A questão da diversidade sexual encontra-se visceralmente ligada ao campo da saúde. No século XIX, o termo “homossexualidade” foi difundido na Europa e as primeiras teorias científicas a respeito do tema foram formuladas, sendo que a medicina se apropriou do assunto, mais especificamente a psiquiatria, que se encarregou de elaborar conceitos que definiram a homossexualidade como sendo toda relação sexual entre pessoas do mesmo sexo e categorizando-a no âmbito das doenças e perversões.

Para a ciência da época, o homossexual deveria ser olhado e tratado por quem possuía legitimidade para fazê-lo, ou seja, o psiquiatra. A medicina, então, assumiu o poder perante os assuntos sexuais e ganhou força no final do século XVIII, quando, segundo Foucault (1988), houve uma intensa produção de discursos sobre o sexo e a vida sexual, que deixou de ser regida unicamente por preceitos da moral cristã, configurando-se como um objeto legítimo de estudo e contemplação pelas ciências médicas.

No século XX, as classificações médico-psiquiátricas foram sistematizadas no Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais (DSM), cuja primeira edição, de 1952, incluiu a homossexualidade no campo dos desvios sexuais, permanecendo assim até a revisão da terceira edição. Em nove de fevereiro de 1985, o Conselho Federal de Medicina (CFM) aprovou a retirada, no Brasil, da homossexualidade do código 302.0, referente aos desvios e transtornos sexuais, da Classificação Internacional de Doenças (ALVARENGA; FLORES-MENDOZA; GONTIJO, 2009).

Para Melo (2010), a retirada da homossexualidade da lista de doenças foi um fenômeno cercado de embates políticos, tanto entre correntes diversas da psiquiatria/psicanálise, quanto pela atuação do recente e crescente ativismo *gay* dos Estados Unidos, cujos militantes participaram com protestos e reivindicações das reuniões decisivas da revisão do DSM III.

De acordo com Brandão (2002), o termo homossexual foi utilizado pela primeira vez em 1869, pelo médico húngaro Karoly Benkert, que usou o termo em uma carta enviada ao Ministério da Justiça da Alemanha do Norte, em defesa de

homens homossexuais que estavam sendo perseguidos por questões políticas. A palavra é formada pelo prefixo grego *homo*, que significa “semelhante” ou “igual”, e pela palavra “sexual”, do substantivo latino *sexus*, que vem a ser “sexo”, podendo concluir-se que “homossexual” seja sexualidade semelhante.

Para Costa (1992), o termo homossexualismo remete a enfermidade, doença, perversão, por isso o mesmo utiliza o termo homoerótico que é:

(...) preferível a ‘homossexualidade’ ou ‘homossexualismo’ porque tais palavras remetem quem as emprega ao vocabulário do século XIX, que deu origem à idéia do ‘homossexual’. Isto significa, em breves palavras, que toda vez que as empregamos, continuamos pensando, falando e agindo emocionalmente inspirados na crença de que existem uma sexualidade e um tipo humanos ‘homossexuais’, independentes do hábito linguístico que os criou. Eticamente, sugiro que persistir utilizando tais noções significa manter costumes morais prisioneiros do sistema de nomenclatura preconceituoso que qualifica certos sujeitos como moralmente inferiores pelo fato de apresentarem inclinações eróticas por outros do mesmo sexo biológico (COSTA, 1992, p.11).

Ao preferir o termo homoerótico, Costa (1992) faz uma crítica ao termo homossexualismo, pois esse deprecia a experiência afetivo/sexual de pessoas do mesmo sexo, “além da conotação preconceituosa do senso comum, está excessivamente comprometido com a ideologia psiquiátrica que lhe deu origem” (p.77).

Para Brito (2000), o termo mais utilizado para qualificar a relação entre dois homens, ainda é o homossexualismo, entretanto não é o único. Já foi utilizado também o termo “sodomia”, em referência à cidade bíblica de Sodoma, que foi destruída por Deus, devido à prática de pederastia de seus habitantes; e a palavra “uranismo” que vem de Urânia, nome latino da deusa Afrodite, a deusa do amor.

Para a relação entre mulheres, pode-se citar alguns termos: sofismo, originado de Sappho, poetisa grega que tinha uma vida sexual irregular e que se relacionava com as mulheres da ilha em que vivia; lesbianismo, termo derivado da ilha do Mar Egeu, chamada de Lesbos (BRANDÃO, 2002); e o tribadismo, que provém do grego *tribas*, de tribo = esfregar, friccionar. Esse termo simboliza a prática sexual pela fricção mútua dos órgãos genitais femininos, clitóris com clitóris.

O termo homoafetivo é utilizado no campo jurídico. De acordo com Nichnig (2013), o conceito de homoafetivo foi forjado pela primeira vez pela advogada e desembargadora aposentada do Tribunal de Justiça do Estado do Rio

Grande do Sul, Maria Berenice Dias, em 2005, para destacar o afeto como um aspecto central também nos relacionamentos não heterossexuais. Dessa forma, a comprovação do afeto nessas relações fez com que alguns advogados, inicialmente aqueles vinculados ao Instituto Brasileiro de Direito da Família – IBDFAM utilizassem esse termo para defender o direito de pessoas que possuem uniões com outras do mesmo sexo.

Acredita-se que para o Direito foi mais apropriado incorporar a terminologia homoafetividade, principalmente por ser uma discussão inserida no que se entende como “direito de família”, já que o afeto é considerado o elo fundamental para as uniões, quer essas sejam hetero ou homossexuais.

Ressalta-se que a sexualidade humana pode se manifestar das mais diversas formas, e trata-se de uma expressão sexual de cada indivíduo que ocorre, e não de uma opção ou de doenças físicas e psicológicas, como afirma Fernandes (2004, p. 31-32):

Não se pode negar que muitas e diversificadas são as formas de expressão da sexualidade humana. Acreditamos não se tratar de um impulso automático e instintivo; conseqüentemente, não podemos dizer que a homossexualidade seja uma opção, uma alternativa, escolha, tampouco um desvio de personalidade do indivíduo. Trata-se de uma simples variante natural da expressão sexual humana, uma forma diferente, porém normal de vida, merecedora de todo respeito e compreensão. Apesar dos diversos estudos e pesquisas realizados, buscando as causas que dão origem à homossexualidade, se decorre de fatores biológicos, genéticos, sociais ou comportamentais, nada de concreto ainda se pode dizer a respeito. O que podemos afirmar é que não se trata de uma atitude consciente e deliberada, ninguém acorda um belo dia dizendo: “a partir de hoje eu vou ser homossexual, ou, ao contrário: depois de domingo não serei mais homossexual!” [...].

Neste trabalho, compartilha-se do pressuposto de Peter Fry e Edward MacRae (1985), de que “não há nenhuma verdade absoluta sobre o que é homossexualidade e que as idéias e práticas a ele associadas são produzidas historicamente no interior de sociedades concretas e que são intimamente relacionadas com o todo destas sociedades” (p. 10). Com essa pressuposição, os autores almejam retirar a homossexualidade do campo da psicologia e da medicina, que para eles têm se apropriado do assunto desde os meados do século XIX de forma crescente, para colocá-lo no campo da cultura e da política.

O Conselho Federal de Psicologia formulou a Resolução n.º 001/99, considerando que “a homossexualidade não constitui doença, nem distúrbio e nem

perversão”, que “há, na sociedade, uma inquietação em torno das práticas sexuais desviantes da norma estabelecida sócio-culturalmente” – qual seja, a heterossexualidade –, e, especialmente, que “a Psicologia pode e deve contribuir com seu conhecimento para o esclarecimento sobre as questões da sexualidade, permitindo a superação de preconceitos e discriminações”. Dessa forma, tanto no Brasil como em outros países, cientificamente, homossexualidade não é considerada doença. Por isso, o sufixo “ismo” – terminologia referente a “doença” – foi substituído por “dade” – que remete a “modo de ser” (CFP, 1999).

Entretanto, mesmo a homossexualidade deixando de ser considerada formalmente uma doença, com o advento da aids no início da década de 1980, instaurou-se uma nova dimensão na relação entre medicina, saúde e homossexualidade, causando um deslocamento da visão patológica para a do cuidado. Contudo, a relação entre práticas homossexuais e a transmissão da aids reforçou preconceitos, criou novos estigmas e tornou incontestes a necessidade de acesso aos serviços de saúde, medicamento e tratamento adequados.

No Brasil, após a notificação dos primeiros casos, o Ministério da Saúde e os movimentos de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT) aproximaram-se, permitindo a ampliação das políticas de prevenção às DST/HIV/AIDS e o financiamento para Organizações Não Governamentais e instituições da sociedade civil.

No entanto, para Barbosa e Facchini (2009), ao correlacionar-se homossexualidade e saúde, as reivindicações surgiram no Brasil, na virada do século XX para o século XXI, em consonância com a noção dos direitos sexuais. A partir de então, passou-se a considerar as necessidades dessa população e a pensar em políticas de saúde voltadas à mesma.

Nessa perspectiva, importantes avanços têm acontecido no Brasil. Em 2003, deputados e senadores constituíram, pela primeira vez, uma Frente Parlamentar em defesa da cidadania LGBT, inaugurando um novo patamar no Congresso Nacional. Em 2004, o governo federal, articulado com a Associação Brasileira de Gays, Lésbicas e Travestis (ABGLT), lançou o programa “Brasil sem Homofobia”, com 53 diretrizes, articulando vários ministérios, instituindo um compromisso do governo brasileiro com as políticas públicas específicas para a população LGBT (RODRIGUES, 2011). Um dos objetivos centrais desse programa é a educação e a mudança de comportamento dos gestores públicos. O mesmo busca

a atitude positiva de firmeza e sinceridade e incentiva a não aceitação de nenhum ato de discriminação e da adoção de não violência.

Reconhece-se que há um consenso formal no SUS sobre a necessidade do combate à homofobia. Esse consenso ampara-se no conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), que entende que a proteção do direito à livre orientação sexual e identidade de gênero não é apenas uma questão de segurança pública, mas envolve também, de maneira significativa, questões pertinentes à saúde mental e à atenção a outras vulnerabilidades intrínsecas a esses segmentos (BRASIL, 2004a).

Em 2004, foi criado o Comitê Técnico de Saúde da População LGBT (Portaria n.º 2.227, do Gabinete do Ministro, de 14 de outubro de 2004) no Ministério da Saúde. Esse Comitê se constituiu em espaço de articulação, debate e escuta de demandas de representações do movimento social, envolvendo todas as áreas do Ministério da Saúde, no sentido de promover a inserção das especificidades de saúde dessa população nas políticas e ações do SUS (BRASIL, 2004b).

Também foi lançado, pelo governo federal, em 2004, o documento Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, no qual se reconhece a necessidade de atenção, no atendimento à saúde, às particularidades de diferenciados segmentos de mulheres, como negras, indígenas e lésbicas.

Outra iniciativa que contemplou essa população foi a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, aprovada por meio da Portaria n.º 675, de 30 de março de 2006, na qual está explicitado o direito ao cuidado, ao tratamento e ao atendimento no âmbito do SUS, livre de discriminação por orientação sexual e identidade de gênero (MELLO *et al.*, 2011). Nesse ano, o segmento LGBT conquistou representação no Conselho Nacional de Saúde (CNS), favorecendo o debate permanente sobre a orientação sexual e a identidade de gênero e suas consequências na saúde.

Em 2007, na 13ª CNS, a orientação sexual e a identidade de gênero foram incluídas na análise de determinação social da saúde, nascendo daí algumas recomendações para proteger, promover e recuperar a saúde da população LGBT.

Em junho de 2008, ocorreu, em Brasília, a I Conferência Nacional de LGBT, precedida por conferências em todos os estados da federação. Teve como objetivo principal a elaboração de propostas para o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos LGBT, lançado em maio de 2009, pela Secretaria

Especial de Direitos Humanos, se constituindo como um instrumento de formalização das principais reivindicações dessa população.

Nessa conferência, foram debatidos os temas relacionados a dezoito Ministérios. O Ministério da Saúde submeteu ao debate os princípios da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT, na intenção de legitimá-los como expressão das necessidades dessa população em relação à saúde. A consulta pública, à qual essa política foi submetida posteriormente, permitiu ampliar a legitimidade da participação social na sua formulação. Em novembro de 2009, ela foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) e divulgada em 2010 (BRASIL, 2010).

Em 2010, foi lançada a Política Nacional de Saúde Integral da população LGBT. A formulação dessa política veio por meio do reconhecimento da discriminação e da exclusão no processo saúde-doença da população LGBT e formalizou o compromisso do SUS com a universalidade, a integralidade e a equidade, com vistas a reduzir as desigualdades relacionadas à saúde desses grupos sociais (BRASIL, 2010).

Essa política é transversalizada por diversas áreas, como as relacionadas à produção do conhecimento, participação social, promoção da saúde, atenção e cuidado; e pauta-se nos princípios do SUS. Entretanto, o Brasil ainda está muito distante de ver tais princípios consolidados no cotidiano das pessoas. Para que isso aconteça, é necessário que a população e os movimentos sociais LGBT se apropriem de capacidade crítica e política para exigir as melhorias necessárias à qualidade de vida.

Reconhece-se que a formulação de uma política provoca modificações no campo teórico, mas para implementá-la no cotidiano há muitos entraves, pois, de acordo com Melo (2010), qualquer aspecto ligado à sexualidade implica necessariamente buscar compreender configurações históricas, políticas e culturais que influenciaram e continuam influenciando certos modelos hegemônicos.

O desafio da promoção em saúde direcionada para as MSM deve ser compreendido a partir da perspectiva das suas vulnerabilidades específicas, pois demanda iniciativas políticas e operacionais que visem à proteção dos seus direitos humanos e sociais. É importante que a implementação de tal política se converta efetivamente no acolhimento das necessidades de saúde dessa população, mas para isso depende, em contrapartida, da inserção vigorosa dos movimentos sociais na defesa do SUS. Assim, é indispensável a ampliação da participação desse

contingente da sociedade nos espaços participativos formais e alternativos já existentes e naqueles que, a partir de agora, poderão e deverão ser criados.

Além disso, Gutiérrez (2007) afirma que o acesso à saúde desse segmento é marcado por obstáculos, como atendimento discriminatório por parte dos profissionais, condutas inadequadas, constrangimentos, preconceitos e/ou mesmo ofensas verbais proferidas por estes. Para o autor, estamos distantes de um campo da saúde eficiente, equânime, igualitário e desvinculado da heteronormatização predominante nos serviços de saúde.

Lionço e Diniz (2009) dizem que, apesar de a saúde ser apresentada como um direito de todos e dever do Estado, o texto constitucional representa ainda um ideal a ser atingido, pois a realidade brasileira é atravessada por iniquidades. Sabe-se que essas iniquidades devem ser combatidas com ações que proponham reverter quadros de exclusão e de violação de direitos humanos fundamentais, na perspectiva da promoção da equidade para distintos grupos sociais.

Em 2015, a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UNA-SUS/UERJ) ofertou e organizou o curso Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), na modalidade à distância, com a perspectiva de contribuir com os profissionais de saúde, especialmente os trabalhadores do SUS, para que realizem suas ações de cuidado, promoção e prevenção da população LGBT com qualidade, de forma equânime, garantindo, a essa população, acesso à saúde integral. O curso é aberto para todos os profissionais de saúde e demais interessados no tema, de forma gratuita.

### **2.3 Diversidade Sexual no contexto do HIV/Aids**

A aids é um problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Para Leal, Roese e Sousa (2012), isso se deve ao fato da inexistência de uma vacina para prevenção, das inúmeras formas de transmissão do vírus, do seu caráter altamente mutagênico e da promoção de deficiência imunológica. Fatores de ordem social e econômica colaboram para o agravamento da situação, tornando-se verdadeiro desafio para a sociedade moderna.

No período de 1980 até 2008, observou-se um aumento na participação das mulheres nos casos de aids. O último Boletim Epidemiológico, divulgado pelo Ministério da Saúde em 2015, mostra que a população entre 15 e 24 anos teve mais casos da doença, passando de 18,1 para 37 a cada 100 mil. A pesquisa também diz que homens e mulheres entre 24 e 39 anos são o grupo populacional mais infectado, apesar de a detecção de novos casos entre as mulheres jovens ter diminuído (BRASIL, 2015a).

No entanto, mesmo com a tendência de queda de casos de aids em mulheres nos últimos dez anos, passando de 16,4 casos para cada 100 mil habitantes em 2004 para 14,1 em 2013, representando uma queda de 14%, ainda é significativo o número de mulheres com aids no Brasil (BRASIL, 2015a).

De acordo com o Dossiê das Mulheres com HIV/Aids (2003), do ponto de vista biológico, o risco de infecção durante relações sexuais desprotegidas é de duas a quatro vezes maior para as mulheres que para os homens. As mulheres são mais vulneráveis à infecção pelo HIV nas relações heterossexuais, devido à maior área de exposição da mucosa vaginal aos fluidos seminais, à maior quantidade de fluidos que são transferidos do homem para a mulher, à maior quantidade de vírus contido nos fluidos sexuais masculinos e as microfissuras que ocorrem no tecido vaginal ou retal no ato da penetração sexual. Esses fatores biológicos, somados a situações vivenciadas no cotidiano de muitas mulheres, como o sexo não consensual, as relações sexuais desprotegidas por falta de poder de negociação do preservativo e os comportamentos de risco adotados por seus parceiros, são fatores que contribuem para o aumento da vulnerabilidade das mulheres ao HIV.

Há também a vulnerabilidade decorrente do fato de que, uma vez tendo uma relação estável com um parceiro, as mulheres não sentem a necessidade de utilizar o preservativo. A aids continua sendo percebida como uma doença do outro, em que a confiança no parceiro faculta a possibilidade de infecção e o aumento da vulnerabilidade em contrair o HIV/Aids, mantendo a lógica de proteção baseada na tensão conhecido/não prevenção e desconhecido/alerta contribui para a vulnerabilidade da mulher, não só pelo aspecto biológico como também pelo aspecto sociocultural.

Para Barbosa e Moraes (2009), a feminização possui uma relação direta com a questão de gênero, considerando-se o perfil da maioria das mulheres que vem sendo acometida pela doença, que são: monogâmicas, não usuárias de drogas

injetáveis e dependentes economicamente e emocionalmente de seus companheiros e com nenhum ou pouco poder de decisão na relação, inclusive no que se refere ao comportamento sexual.

A situação de submissão da mulher ao homem é socialmente construída pelas diferenças de papéis entre eles. Essa diferença termina desfavorecendo as mulheres e contribuindo para as mais diferentes formas de discriminação, e isso inclui o exercício da sexualidade feminina. Para Diniz (2001), esse poder diferenciado entre mulheres e homens reforça a vulnerabilidade das mulheres, pois relega a sexualidade feminina ao silêncio, sobretudo, no que diz respeito aos cuidados com o corpo e a saúde sexual; e ainda pela violência física e sexual contra mulheres adultas, crianças e adolescentes.

No entanto, a vulnerabilidade feminina é reforçada pelo fato de muitas mulheres ainda acreditarem que a aids é restrita aos chamados grupos de risco, reforçando estereótipos e preconceitos sobre sexo imoral e identidade sexual, em que vários comportamentos e relações sexuais não são aceitos, e dessa maneira não acreditam na transmissão do HIV pelo relacionamento heterossexual.

Para isso, foi lançado pelo governo federal, em março de 2007, o Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da aids e outras DST, resultado de uma parceria entre o Ministério da Saúde e a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Esse plano vem somar esforços às diferentes iniciativas levadas adiante por atores governamentais e não governamentais, que cotidianamente se apoiam na luta pelos direitos sexuais e direitos reprodutivos para promover a melhoria da qualidade de vida das mulheres, como é o caso do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (BRASIL, 2007).

O Plano Integrado busca nortear a implantação de ações em níveis federal, estadual e municipal para o enfrentamento da epidemia de HIV/Aids e outras DST em mulheres. Ele representa a consolidação de uma política intersetorial para o enfrentamento da epidemia de aids e a prevenção de DST entre as mulheres. A construção de uma resposta integrada para a redução dos contextos de vulnerabilidade, que deixam as mulheres mais suscetíveis à infecção ao HIV e a outras DST, é um importante marco histórico de fortalecimento da atuação no campo dos direitos das mulheres, da promoção da saúde e da prevenção.

Entretanto, a maioria das políticas de saúde está voltada à população feminina, homogeneizando um universo com comportamentos sexuais

heterogêneos. Existem as mulheres lésbicas, bissexuais e as que ocasionalmente fazem sexo com mulheres. E essas mulheres são detentoras de direitos e carecem de atenção quando o assunto é transmissão do HIV. Não se justifica invisibilizar as mulheres que fazem sexo com mulheres, pois as relações sexuais entre pessoas do mesmo sexo sempre existiram, desde as sociedades primitivas e em todas as culturas.

Para Miranda (2001), os primeiros relatos de relações homossexuais apareceram por volta da terceira dinastia egípcia, cerca de 2.500 anos a. C. Em algumas civilizações antigas, as relações, principalmente entre homens adultos e jovens, só eram repudiadas quando ameaçavam alterar a hierarquia social da época (LACERDA; PEREIRA; AMINO, 2002).

No entanto, foi somente a partir da tradição judaico-cristã que a relação entre pessoas do mesmo sexo passou a ser concebida como transgressão. No início do século XX, Freud (1905/1976) considerou tal prática como um desvio no desenvolvimento da sexualidade. Em 1917, Freud (1917/2007) definiu os homossexuais como "uma variedade especial da espécie humana, um terceiro sexo que tem o direito de se situar em pé de igualdade com os outros dois" (p. 46).

No Brasil, as práticas homossexuais se ampliaram e diversificaram, no período da colonização portuguesa, pois já existiam entre os indígenas. No entanto, a partir de 1591, as homossexuais femininas foram perseguidas pela Inquisição, situação que perdurou até o século XVIII, período em que a lesbiandade apareceu nos palácios imperiais. Para Mott (2001), a partir da segunda metade do século XIX, o amor entre mulheres passou a ser encontrado em algumas referências bibliográficas, tais como no livro "Atentados ao Pudor" (1894), de Viveiros Castro. No século XX, surgiu a primeira publicação nacional lésbica, intitulada *Chanacom Chana*, que iniciou como um boletim e transformou-se em um jornal, hoje inexistente (MESQUITA, 2004).

Foi a epidemia da aids que impulsionou os estudos sobre homossexualidade no Brasil nos anos 1990, ampliando o debate público sobre a sexualidade humana. Para Borges (2005), um fator que contribuiu para a maior visibilidade da lesbiandade foi o movimento feminista. Dos anos 1990 em diante, aumentou o número de mulheres que se declararam lésbicas e feministas, que pressionaram o movimento para a discussão dos direitos sexuais.

Os movimentos feministas permitiram o surgimento dos estudos sobre

gênero, entendido como algo que se constitui, nos diferentes tempos e espaços sociais (VICTORA; KNAUTH, 2004). Dessa forma, passou-se a questionar a existência de um comportamento particularmente masculino ou feminino, ou seja, a visão binária do mundo e das relações de gênero, identificando o masculino e o feminino como opostos, ainda que complementares (TORRÃO FILHO, 2005), pois a própria compreensão de masculino se define em relação a feminino, e vice-versa.

Essa visão binária, que opõe masculino/feminino, forte/fraco, ativo/passivo, dominante/dominado, traz uma percepção das relações de gênero como fundadas em categorizações presentes em toda a ordem social, permitindo compreender as mulheres como subordinadas, além da relação entre sexualidade e poder (ANJOS, 2000). Nessa perspectiva, o feminino seria uma ameaça à heterossexualidade masculina; a masculinidade seria vedada à mulher, sendo que as mulheres homossexuais usurpariam um poder que não lhes pertence (TORRÃO FILHO, 2005).

Garcia (2003) definiu a lesbianidade ora como amor entre mulheres, ora como uma prática sexual destas entre si. Para Mott (1987), a maioria das lésbicas não busca o prazer sexual como a única finalidade na relação com a companheira, pois os seus objetivos são relacionados à comunicação, ternura, carinho e delicadeza. Nesse sentido, a amizade é que se torna sexualizada, pois a relação sexual nasce de um sentimento profundo que tem por base o amor.

Mott (2003) e Heilborn (1992) descrevem que o casal de mulheres seria marcado por um intenso companheirismo, com destaque ao apoio psicológico mútuo, e que a sexualidade não encontra entre as lésbicas a mesma importância que tem entre os gays, pois a escolha das parceiras, mesmo eventuais, não se concretiza em função da atração sexual, e sim, do amor. Por isso, essas relações também teriam uma duração maior em comparação à dos relacionamentos homossexuais masculinos. Marvin e Miller (2002) afirmam que os casais de lésbicas são vistos como semelhantes aos casais heterossexuais, e, se comparados aos homossexuais masculinos, apresentam de forma mais intensa a homogamia social presente nos casais igualitários.

Ressalta-se a grande incidência de mulheres que tiveram algum tipo de relacionamento heterossexual anterior à prática homossexual. Isso ocorre em função de essas mulheres não assumirem seus verdadeiros desejos sexuais, percebidos desde a infância, muitas vezes a partir das diferenças entre elas e suas amigas e

colegas (FAIRCHILD; HAYWARD, 1996).

As mulheres que fazem sexo com mulheres podem transmitir o HIV para a sua parceira por meio de uma relação desprotegida. No entanto, muitas vezes estas são excluídas das ações de saúde e por isso terminam não se apropriando das orientações necessárias para prevenção de diversas doenças, principalmente as relacionadas à transmissão sexual.

Ainda nessa direção, Richters *et al.* (2002) indicam que a invisibilidade das MSM no campo do HIV/Aids está vinculada à inexistência de instrumentos de vigilância capazes de registrar suas práticas sexuais como via de transmissão das DST e à persistência de crenças de que as interações afetivo-sexuais entre essas mulheres são duradouras e monogâmicas, e que suas práticas sexuais são de baixo risco.

Esse cenário evidencia a necessidade de se ampliar as investigações sobre o acesso ao diagnóstico e assistência à saúde sexual das MSM, e que os investimentos nessa direção devem explorar as situações de vulnerabilidade a que essas mulheres estão expostas.

### *3 METODOLOGIA*

---

### 3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo transversal desenvolvido por meio de um inquérito de Conhecimento, Atitude e Prática (CAP).

O estudo CAP mede o conhecimento, atitude e prática de uma comunidade e serve como um diagnóstico educacional dessa comunidade. Esse tipo de estudo tem como objetivo reconhecer o que as pessoas sabem e sentem sobre um determinado assunto ou alguma ideia pré-concebida que possuam sobre o mesmo e, por último, a maneira como elas demonstram seus conhecimentos e atitudes por meio de suas ações (KALIYAPERUMAL, 2004).

Marinho *et al.*, (2003) definem conhecimento, atitude e prática da seguinte forma: o conhecimento significa recordar fatos específicos, ou a habilidade para aplicar esses fatos para a resolução de problemas ou, ainda, emitir conceitos com a compreensão adquirida sobre determinado evento. A atitude é, essencialmente, ter opiniões, sentimentos, predisposições e crenças, relativamente constantes, dirigidos a um objetivo, pessoa ou situação. Relaciona-se ao domínio afetivo, à dimensão emocional. Já a prática é a tomada de decisão para executar a ação. Relaciona-se aos domínios psicomotor, afetivo e cognitivo, à dimensão social, ou seja, ao fazer.

Os inquéritos CAP são um caminho tradicionalmente utilizado pela saúde pública, sobre o qual há maior familiaridade e domínio técnico que, no caso, foi utilizado para uma primeira aproximação com os atores sociais, no sentido de investigar o seu conhecimento sobre a prevenção e transmissão do HIV/Aids em seu contexto de vida real.

### 3.2 Local do Estudo

Foi realizado em Teresina, capital do Piauí, a qual se configura como o município mais populoso do estado. Possui uma área de 1.673 km<sup>2</sup> e localiza-se no Centro-Norte Piauiense, a 334 km do litoral, sendo, portanto, a única capital da Região Nordeste que não se localiza às margens do Oceano Atlântico. É a 20ª

maior cidade do Brasil e a 15ª maior capital de estado no Brasil. Possui uma população estimada em 844.245 habitantes, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2015 (IBGE, 2015).

### 3.3 Participantes e amostra do estudo

A amostra do estudo foi constituída por 91 mulheres que fazem sexo com mulheres. Esse número foi obtido por meio da fórmula do tamanho amostral para estimar a proporção de uma pesquisa,  $n = z^2 \cdot p \cdot (1-p)/e^2$  (LEWIS, 2001). Onde:  $n$  = valor da amostra;  $z$  = intervalo de confiança (1,96);  $p$  = prevalência;  $e$  = erro tolerado (0,05).

Para o cálculo considerou-se 95% de confiança, uma margem de erro de 5% e uma prevalência de 6,3% de mulheres homo e bissexuais. Cálculo da amostra:  $n = Z^2 \cdot p \cdot (1-p)/d^2 = (1,96)^2 \cdot 0,063 \cdot (1-0,063)/(0,05)^2 = 3,84 \cdot 0,059/0,0025 = 91$ .

A prevalência utilizada para o cálculo amostral foi obtida da pesquisa intitulada “Mosaico Brasil”, realizada pelo Projeto Sexualidade (Prosex), do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo. A mesma entrevistou 8.200 pessoas em Belo Horizonte, Brasília, Cuiabá, Curitiba, Fortaleza, Manaus, Porto Alegre, Rio de Janeiro, Salvador e São Paulo. Os resultados da pesquisa foram divulgados no final de 2008 e foram identificados os percentuais de gays, lésbicas e bissexuais em dez capitais brasileiras. Os resultados apontaram que 4,9% das mulheres são homossexuais e 1,4% são bissexuais, totalizando 6,3% (ABDO, 2008).

O recrutamento das participantes ocorreu por meio da técnica bola de neve, também divulgada como *snowball technique* ou *snowball sampling* (DEWES, 2013). Essa técnica é utilizada com populações de difícil acesso. Para Faugier e Sargeant (1997), a bola de neve pressupõe que há uma ligação entre os membros da população dada pela característica de interesse, isto é, os membros de uma determinada população são capazes de identificar outros membros da mesma.

Albuquerque (2009) ressalta que, devido à sua estratégia de recrutamento, a “Bola de Neve” é considerada não probabilística, tendo em vista que

não é possível determinar a probabilidade de seleção de cada participante na amostra. Para a autora, uma vantagem dessa técnica é que em redes sociais complexas, como uma população oculta, é mais fácil um membro da população conhecer outro membro do que os pesquisadores identificarem os mesmos, o que se constitui em fator de relevância para as pesquisas que pretendem se aproximar de segmentos sociais específicos.

Considerando que as MSM são uma população de difícil localização, dada a baixa visibilidade das mesmas, optou-se por utilizar a técnica da “Bola de Neve”, por acreditar que essa é a mais adequada para coletar os dados dessa pesquisa.

### **3.4 Critérios para inclusão e exclusão**

Ter idade igual ou superior a 18 anos e residir em Teresina.

Foram excluídas as mulheres residentes em outras cidades do Piauí e as que informaram que não tinham relações sexuais com mulheres.

### **3.5 Variáveis do estudo**

Foram estudadas as características sociodemográficas da população da pesquisa (faixa etária, grau de escolaridade, renda mensal, religião, estado conjugal, cor e ocupação); variável quanto ao relacionamento sexual atual; e variáveis relacionadas ao conhecimento, atitudes e práticas sobre a transmissão e prevenção do HIV/Aids.

As ocupações apresentadas no estudo são as constantes no Código Brasileiro de Ocupações – CBO (BRASIL, 2012b). A ocupação caracterizada como “outros” refere-se a ocupações não listadas no CBO.

### 3.6 Instrumento para coleta de dados

Os dados foram coletados por meio de um questionário autoaplicado, apresentado nos formatos físico e eletrônico (APÊNDICE A).

Destaca-se que o instrumento utilizado é uma adaptação<sup>4</sup> do aplicado nas pesquisas realizadas pelo Ministério da Saúde em 2004 e 2008, e publicadas em 2005 e 2011 respectivamente. Em 2004, a pesquisa foi intitulada “Pesquisa de Conhecimento Atitudes e Práticas na População Brasileira (PCAP) de 15 a 54 anos, 2004”, realizada com 6.000 indivíduos, com idades entre 15 a 64 anos, nas quatro macrorregiões geográficas – Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste (BRASIL, 2005). Em 2008, a pesquisa foi intitulada “Pesquisa de Conhecimento Atitudes e Práticas na População Brasileira de 15 a 64 anos, 2008”, realizada com 8.000 indivíduos, também nas quatro macrorregiões geográficas (BRASIL, 2011).

A PCAP 2004 faz parte de um projeto inter-institucional, desenvolvido pelo Programa Nacional de DST e Aids (PN-DST/AIDS) do Ministério da Saúde, pelo Departamento de Informações em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz, com apoio do Centro para prevenção e controle de doenças (CDC). A PCAP 2008 utilizou o mesmo questionário utilizado pela PCAP 2004.

O instrumento foi previamente testado mediante aplicação em uma amostra de dez mulheres que fazem sexo com mulheres. O objetivo principal do pré-teste foi para aperfeiçoamento do questionário, posto que uma das dificuldades foi a ausência de literatura que utilizasse algum instrumento de medição de conhecimentos, atitudes e práticas relacionados à transmissão e prevenção do HIV/Aids nessa população.

Após aplicação do pré-teste, algumas participantes levantaram a possibilidade do instrumento ser preenchido eletronicamente, visto que assim não haveria a necessidade de exposição das mesmas; dessa forma, foi acordado com as mulheres que já haviam preenchido o questionário que esta pesquisadora hospedaria o questionário em ambiente virtual.

---

<sup>4</sup> Algumas questões utilizadas no questionário são direcionadas exclusivamente para as mulheres que fazem sexo com mulheres

### 3.7 Coleta de dados

O primeiro passo para a coleta de dados foi encontrar mulheres que faziam sexo com mulheres e a elas foi realizada a seguinte pergunta: "Quantas mulheres que fazem sexo com mulheres você conhece pessoalmente, sabe o nome, e elas conhecem você?". Essas mulheres foram as *sementes* da amostra, aquelas que deram origem a todos os indivíduos amostrados.

Neste estudo, as *sementes* foram quatro mulheres que fazem sexo com mulheres, acessíveis à pesquisadora, e que fazem parte do seu convívio social. A partir delas, iniciou-se o processo da bola de neve. As primeiras foram consideradas como *onda zero*, e foi solicitado a cada uma que indicasse o contato de até dez mulheres que faziam sexo com mulheres que elas conhecessem. A *onda um* foi formada pelas mulheres indicadas pela *onda zero* que faziam parte da população alvo, mas não fizeram parte da *onda zero*. A *onda dois* foi formada pelas mulheres indicadas pela *onda um* que faziam parte da população alvo, mas não fizeram parte nem da *onda zero* e nem da *onda um*. O processo seguiu até que se chegou a sessenta e oito mulheres (68), mas dez (10) não aceitaram participar da pesquisa e não justificaram o motivo, restando cinquenta e oito (n=58) (DEWES, 2013).

O questionário foi entregue pela pesquisadora às participantes da pesquisa, que explicou os objetivos da mesma. Foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) para ser assinado. As entrevistas foram previamente agendadas em locais e horários definidos pelas participantes, e cada uma durou em média vinte minutos. O questionário foi autopreenchido e devolvido à pesquisadora após o término das respostas.

Destaca-se que houve dificuldade para acessar outras participantes, principalmente porque as mesmas não queriam expor seu comportamento sexual. Então, para complementar a amostra, hospedou-se o questionário no *Google Docs*<sup>5</sup>. Antes da hospedagem do questionário eletrônico, foi necessário criar uma conta de *e-mail*, por meio de um *link*<sup>6</sup> específico para esse fim. Após a hospedagem do questionário, foi gerado um *link*<sup>7</sup> de acesso ao mesmo.

<sup>5</sup> O *Google Docs* é uma ferramenta gratuita do *Google* que surgiu em 2006, pela unificação de dois serviços, o de processamento de textos e de planilhas.

<sup>6</sup> <http://docs.google.com>

<sup>7</sup> <http://goo.gl/forms/hEzGn8E7AK>

Para acessar as participantes a fim de complementar a amostra do estudo, realizou-se uma busca em redes sociais que agrupassem mulheres que se autoidentificavam como “lésbicas”. Para essas redes, foi enviada a seguinte mensagem: “*Olá, meu nome é Adélia Oliveira, estou fazendo uma pesquisa sobre a transmissão e prevenção do HIV/Aids em mulheres que se relacionam sexualmente com mulheres. Se tiver interesse em participar, me envie seu e-mail e/ou telefone no privado (in box), para que eu possa enviar o questionário da pesquisa. Se puder divulgar a pesquisa para outras mulheres que você conhece, eu agradeço*”.

Muitas mulheres demonstraram interesse em participar e enviaram seus endereços de *e-mail*, e a esses foi enviado o *link* de acesso ao questionário eletrônico com orientações sobre os objetivos da pesquisa. Ao clicar no *link*, a participante era direcionada para criar uma conta de *e-mail*, mas somente para as que ainda não possuíam conta no *Google*.

A incorporação da necessidade de acessar o questionário apenas por meio do *e-mail* teve o intuito de garantir a confiabilidade dos acessos, pois dessa forma cada participante só poderia acessar a pesquisa uma única vez. Caso a participante tentasse acessar novamente o questionário, a mesma era alertada que já o havia preenchido, como é demonstrado na Figura 1 abaixo:

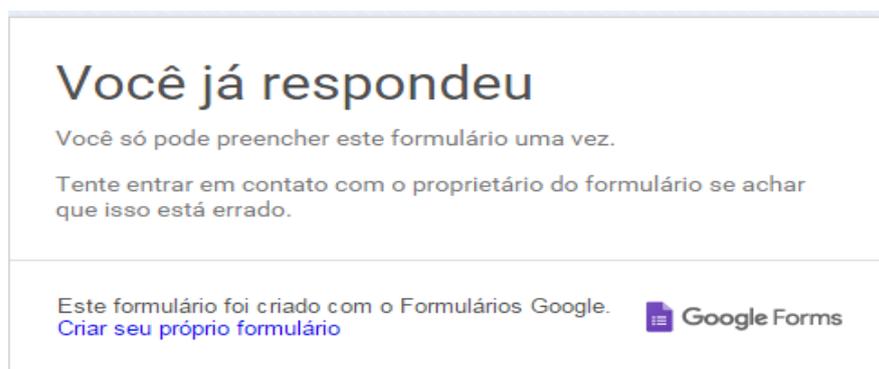


Figura 1 - Alerta de preenchimento do questionário eletrônico

Após a criação da conta ou da entrada em um *e-mail* já existente, as participantes tinham acesso ao Termo de Consentimento Livre e esclarecido e somente após clicar em “*aceito os termos da pesquisa*”, a participante era direcionada para a segunda pergunta utilizada como critério de inclusão: “*reside em Teresina?*”. Se a resposta fosse “*Sim*”, o questionário era disponibilizado para ser

respondido. Se a resposta fosse “*Não*”, encerrava-se a entrevista, agradecendo a participante pelo interesse em contribuir.

Ao final das respostas, as participantes clicavam em “*enviar*”, e os dados eram automaticamente organizados em planilhas. No entanto, a pesquisadora tinha acesso às respostas individuais em qualquer momento.

Considerando-se que todos os métodos de coleta encerram vantagens e desvantagens, há de ressaltar que, se por um lado a técnica de aplicar instrumentos autopreenchidos reduz a influência do pesquisador, trazendo pouco viés, por outro, pode determinar a falta de algumas respostas.

Com relação às vantagens do questionário eletrônico, pode-se elencar que as respondentes eram capazes de acessá-lo em qualquer momento e local, bastando utilizar um computador ou equipamento conectados à Internet; não houve necessidade de contato direto com a participante, reduzindo a exposição da mesma; os dados inseridos pelas participantes eram automaticamente vinculados a uma planilha eletrônica e a qualquer momento a pesquisadora poderia observar como estava o andamento da pesquisa. Todos os dados eram armazenados em servidores virtuais, e não em dispositivos físicos como *pendrive* ou disco rígido, acentuando, nesse caso, a segurança das informações e, como consequência, a da pesquisa.

Como desvantagens pode-se elencar que algumas participantes não responderam o questionário, apesar de terem acessado por meio do *link*; outras responderam, mas deixaram questões sem respostas. No caso dessa pesquisa, dos quarenta e três formulários preenchidos, dez (10) foram descartados por falta de algumas respostas, restando trinta e três (33).

Algumas participantes informaram que não conseguiram acessar por falta e/ou problema com a Internet. Pode-se citar que durante a pesquisa poderia ter acontecido as possíveis falhas nos servidores, manutenção dos serviços, perdas de credenciamento, entre outras; ou seja, vulnerabilidades que existem nos meios virtuais. No entanto, não houve esse tipo de problema durante a coleta.

A coleta por meio eletrônico foi encerrada quando trinta e três (n=33) questionários foram respondidos em sua totalidade, pois cinquenta e oito (n=58) formulários já haviam sido preenchidos não eletronicamente, totalizando noventa e uma (n=91) participantes, amostra previamente calculada.

Os dados foram coletados pela pesquisadora do estudo no período de

julho a outubro de 2015, questionário físico; e de novembro a dezembro de 2015, para o questionário eletrônico, após a aprovação da Emenda encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí, justificando a necessidade de complementar a amostra por meio da coleta via Internet, dada a especificidade da população do estudo.

### **3.8 Organização e análise dos dados**

Inicialmente, foi feita uma revisão, codificação das variáveis e elaboração manual dos questionários. As respostas das perguntas foram digitadas no Microsoft Excel e exportadas para software SPSS for windows (Statistical Package for the Social Sciences), versão 20.0, utilizado para a realização das análises estatísticas, do qual foram geradas as tabelas e os gráficos.

Para validar o processo de digitação, optou-se por uma dupla digitação. Dessa forma, todos os questionários foram digitados e redigitados pela pesquisadora, em um intervalo de duas semanas, para verificação de possíveis discordâncias. Ao fim da dupla digitação, as informações discordantes entre as duas digitações, eram elucidadas pela consulta ao questionário.

Foi realizada análise descritiva a partir dos números absolutos e dos percentuais das categorias de respostas das variáveis. O nível de significância do teste foi de 5% ( $p < 0,05$ ). As associações foram feitas por meio do teste qui-quadrado. A discussão foi fundamentada na literatura já produzida sobre a transmissão e prevenção do HIV/Aids.

Algumas variáveis foram recategorizadas para facilitar as análises. Assim, dicotomizou-se faixa etária (idade até 30 e acima de 30 anos), escolaridade (ensino médio, superior incompleto e superior), renda mensal (abaixo de 01 salário mínimo e acima de 01 ou mais salários mínimos) e religiosidade (com ou sem religiosidade).

Na análise bivariada, buscou-se identificar por meio do teste qui-quadrado a associação entre o conhecimento, as atitudes e as práticas das mulheres que fazem sexo com mulheres sobre a prevenção e transmissão do HIV/Aids, com as características da amostra faixa etária, grau de escolaridade, renda mensal e

religião. A significância estatística foi fixada em  $p < 0,05$ .

### 3.9 Escala de Classificação dos Conhecimentos, Atitudes e Práticas (CAP)

Para a classificação e análise do conhecimento, atitude e prática, utilizou-se as questões encontradas no PCAP 2008 (BRASIL, 2011) conforme apresentado no quadro 1.

Quadro 1 – Questões utilizadas para classificação de conhecimentos, atitudes e práticas no contexto deste estudo.

<b>BOM CONHECIMENTO</b>	O HIV causa aids
	O HIV é identificado por exames laboratoriais
	O HIV pode ser transmitido em uma relação sexual entre duas mulheres
	Uma pessoa infectada pode compartilhar talheres, copos ou refeições
	Uma pessoa com aparência saudável pode está infectada com o HIV
	O uso do preservativo evita transmissão do HIV
	Há risco reduzido de infecção pelo HIV se uma pessoa tiver relação sexual com parceira fiel e não infectada
	Não existe cura para a aids
	O uso de medicação para aids reduz a transmissão do HIV
	Aids é uma doença crônica e controlada
<b>ATITUDE POSITIVA</b>	Conhecimento sobre HIV é suficiente para se prevenir
	Adota métodos de prevenção
	Duas pessoas infectadas devem usar preservativo
	Relação sem penetração não reduz o risco de transmissão do HIV
	O HIV não ocorre somente em homossexuais masculinos, prostitutas e usuários de drogas
<b>PRÁTICA ADEQUADA</b>	Usar o preservativo feminino durante as relações sexuais
	Não ter relações casuais com mulheres
	Ter relação protegida durante o período menstrual
	Não compartilhar acessórios durante a relação sexual
	Fazer teste para HIV

Para classificar o grau de conhecimento das mulheres que fazem sexo com mulheres, em relação à transmissão e prevenção do HIV/Aids, avaliaram-se as respostas às questões da parte II, numeradas de 1 a 10 no questionário, e, posteriormente, foi aplicada uma escala já utilizada por Araújo (2005), categorizando o grau de conhecimento em intervalos de quatro classes: muito pouco conhecimento (0 a 24%), pouco conhecimento (25 a 49%), regular conhecimento (50 a 74%) e bom conhecimento (75 a 100%).

Nesta pesquisa, foi atribuído um valor numérico para cada resposta às questões sobre conhecimento relacionado à transmissão e prevenção do HIV/Aids, sendo que as respostas corretas totalizaram 10 pontos, o que corresponde a 100%.

Quanto à determinação de atitudes, o instrumento foi composto de declarações positivas e negativas sobre os aspectos que envolvem a transmissão e prevenção do HIV/Aids. Foi utilizada uma escala adaptada do estudo de Araújo (2005), em que cada declaração veio seguida de alternativas. A cada uma dessas alternativas, atribuiu-se um valor numérico correspondendo à direção negativa ou positiva da declaração, sendo que a atitude mais positiva totalizou 5 pontos, o que correspondeu a 100%. Assim, a atitude foi classificada como segue:

- 0 a 24% - Atitude muito negativa
- 25 a 49% - Atitude negativa
- 50 a 74% - Atitude positiva
- 75 a 100% - Atitude muito positiva

Para classificar a prática das mulheres, o instrumento foi composto de declarações positivas e negativas sobre os aspectos que envolvem a transmissão e prevenção do HIV/Aids. Foi utilizada uma escala, em que cada declaração veio seguida de duas alternativas, “sim” e “não”.

Optou-se por dois intervalos, que corresponderam às seguintes classificações: prática adequada ou inadequada.

### **3.10 Aspectos Éticos e Legais**

Considerando as exigências formais contidas na Resolução n.º 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012a), o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí (UFPI); uma vez aprovado com o Parecer CAAE 39081614.3.0000.5214, a coleta dos dados foi iniciada.

A pesquisadora informou às participantes sobre a garantia de participar ou não, da pesquisa, esclarecendo que poderia haver possíveis desconfortos em função das respostas autodeclaradas, em especial aquelas que tinham receio de

desencadear julgamentos morais sobre elas. Mas não houve riscos, pois se tratava de uma pesquisa de abordagem quantitativa, com manejo apenas de informações adquiridas por meio de um questionário, deixando a participante à vontade para responder.

Quanto aos benefícios para a população estudada, destacou-se que o estudo pode trazer benefícios, mesmo que não imediatos, por meio de programas educativos que beneficiem a prevenção do HIV/Aids em mulheres que fazem sexo com mulheres, pois, verificando-se o CAP das mesmas, pode-se sugerir uma proposta educativa de práticas que contemplem as diversidades sexuais existentes entre elas.

Foi fornecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) para que fosse lido e assinado, ou o aceite dos termos da pesquisa, sendo que cada participante recebeu outra cópia de igual teor. Para preservar o anonimato, as entrevistadas foram identificadas por meio de algarismo arábico.

## *4 RESULTADOS*

---

A apresentação dos resultados está subdividida em duas seções, sendo que na primeira mostram-se as análises univariadas, e na segunda, a análise bivariada.

#### 4.1 Caracterização da Amostra

A tabela 1 apresenta os dados socioeconômicos e demográficos das 91 mulheres participantes do estudo.

Tabela 1 – Caracterização sócio-demográfica da amostra. Teresina (PI), 2015 (n=91)

<b>Variáveis</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
Faixa Etária	18 a 25	26	28,57
	26 a 33	31	34,06
	34 a 41	22	24,17
	42 a 49	10	10,99
	50 a 57	2	2,21
Grau de escolaridade	Ensino fundamental incompleto	1	1,09
	Ensino fundamental completo	2	2,21
	Ensino médio incompleto	2	2,21
	Ensino médio completo	42	46,15
	Superior incompleto	14	15,38
	Superior completo	15	16,48
	Pós-graduação	15	16,48
Renda Mensal (SM)	< 1	30	32,97
	1 a 4	48	52,75
	5 a 8	13	14,28
Religião	católica	58	63,74
	evangélica	2	2,21
	espírita	8	8,79
	umbanda / candomblé	1	1,09
	outras religiões	6	6,59
	não tem religião	16	17,58
Estado conjugal	vive com companheira atualmente	31	34,07
	já viveu com companheira e não vive mais	33	36,26
	nunca viveu com companheiro masculino	8	8,79
	casada atualmente	12	13,19
	outro	7	7,69
Cor	branca	29	31,87
	preta	5	5,49
	amarela	2	2,21
	parda	55	60,43
Ocupação	Estudante	21	23,08

	Enfermagem	18	19,78
	Comerciária	5	5,49
	Professora	4	4,40
	Médica	2	2,20
	Advogada	2	2,20
	Secretária	3	3,30
	Contabilista	2	2,20
	Arquiteta	1	1,09
	Assistente social	3	3,30
	Psicóloga	3	3,30
	Técnica em administração	1	1,09
	Outros	26	28,57
Relacionamento sexual atual	somente com mulher	74	81,32
	com mulher e com homem	17	18,68

FONTE: Pesquisa direta

conclusão.

Observa-se, na Tabela 1, que a maioria das mulheres entrevistadas estava na faixa etária de 26 a 33 anos; informou ter cursado o ensino médio completo; têm renda mensal entre 1 a 4 salários mínimos; é católica; já viveu com companheira e não vive mais; é parda; tem “outras” ocupações e atualmente manteve relação sexual somente com mulher.

## 4.2 Conhecimentos, Atitudes e Práticas da amostra do estudo

Os dados referentes ao conhecimento, as atitudes e as práticas da amostra estudada, com relação à prevenção e transmissão do HIV/Aids, estão apresentados nas Tabelas 2, 3 e 4.

Na Tabela 2, observa-se que todas as participantes da pesquisa sabem que o HIV é o vírus causador da aids. No que se refere à identificação do HIV, 83 (91,20%) das mulheres concordaram que o mesmo é identificado por meio de exames laboratoriais. Quando questionadas sobre a transmissão do HIV durante a relação sexual entre duas mulheres, 57 (62,64%) afirmaram que é possível. Quanto à possibilidade de infecção por compartilhar talheres, copos ou refeições, 88 (96,29%) afirmaram que inexistente essa possibilidade. No tocante à aparência saudável poder estar infectado com o vírus da aids, 89 (97,79%) das mulheres concordaram que não. 88 (96,70%) concordaram que a melhor maneira de evitar a transmissão do HIV é com o uso do preservativo e 50 (54,93%) acreditam que a transmissão pode ser reduzida com parceira fiel e não infectada. No que se refere à questão sobre a existência da cura para a aids, 64 (70,33%) não concordaram com essa proposição. Na questão sobre uma pessoa estar usando medicamento para aids ter menos risco de transmitir o HIV para outra pessoa, 54 (59,34%) responderam que não concordavam com a afirmativa. A respeito da aids ser uma doença crônica e controlada, 70 (76,92%) concordaram com a afirmação.

Tabela 2 - Conhecimento das mulheres que fazem sexo com mulheres sobre a prevenção e transmissão do HIV/Aids. Teresina (PI), 2015. (n=91)

Questão	Resposta	n	%
HIV causa aids	concordo	91	100,00
	não concordo	-	-
	não sei/não responde	-	-
HIV identificado por exames laboratoriais	concordo	83	91,20
	não concordo	4	4,40
	não sei/não responde	4	4,40
HIV transmitido entre duas mulheres	concordo	57	62,64
	não concordo	18	19,78
	não sei/não responde	16	17,58
Infectar-se por compartilhar talheres, copos ou refeições	concordo	2	2,21
	não concordo	88	96,69
	não sei/não responde	1	1,10
Aparência saudável pode esta infectado	concordo	89	97,79
	não concordo	2	2,21
	não sei/não responde	-	-
Preservativo evita transmissão HIV	concordo	88	96,70
	não concordo	3	3,30
	não sei/não responde	-	-
Risco reduzido se tiver relação com parceira fiel e não infectada	concordo	50	54,93
	não concordo	40	43,96
	não sei/não responde	1	1,10
Não existe cura para aids	concordo	64	70,33
	não concordo	-	-
	não sei/não responde	27	29,67
Uso de medicação para aids reduz a transmissão do HIV	concordo	26	28,57
	não concordo	54	59,34
	não sei/não responde	11	12,09
Aids é crônica e controlada	concordo	70	76,92
	não concordo	10	10,99
	não sei/não responde	11	12,09

FONTE: Pesquisa direta

Na Tabela 3, observa-se que 45 (49,45%) afirmaram que o que conhecem sobre prevenção e transmissão do HIV/Aids não é o suficiente para se prevenir; 58 (63,75%) informaram que adotam métodos para prevenir a transmissão do HIV; 65 (71,43%) responderam que duas pessoas infectadas com o HIV devem usar preservativos nas relações sexuais; 47 (51,65%) responderam que a relação sexual sem penetração não reduz o risco de transmissão do vírus; e 88 (96,70%) afirmaram que a aids não é uma doença que ocorre somente em homossexuais masculinos, prostitutas e usuários de drogas.

Tabela 3 - Atitudes das mulheres que fazem sexo com mulheres sobre a prevenção e transmissão do HIV/Aids. Teresina (PI), 2015. (n=91)

Questão	Resposta	n	%
Seu conhecimento sobre HIV é suficiente para se prevenir	sim	41	45,06
	não	45	49,45
	não sei/não responde	5	5,49
Adota métodos de prevenção	sim	58	63,75
	não	32	35,16
	não sei/não responde	1	1,09
Duas pessoas infectadas podem não usar preservativos	sim	12	13,19
	não	65	71,43
	Não sei/não responde	14	15,38
Relação sem penetração reduz o risco de transmissão	sim	33	36,26
	não	47	51,65
	não sei/não responde	11	12,09
HIV ocorre somente em homossexuais masculinos, prostitutas e usuários de drogas	sim	2	2,21
	não	88	96,70
	não sei/não responde	1	1,09

FONTE: Pesquisa direta

Na Tabela 4, evidencia-se que 51 (56,04%) das mulheres entrevistadas já usaram preservativo feminino; 59 (64,83%) informaram que mantiveram relações sexuais casuais com mulheres no último mês; 55 (60,44%) já tiveram relação sexual desprotegida durante a menstruação; 50 (54,94%) compartilharam acessórios durante a relação sexual com a parceira; e 53 (58,24%) já fizeram o teste do HIV alguma vez na vida.

Tabela 4 - Práticas referidas pelas mulheres que fazem sexo com mulheres sobre a prevenção do HIV/Aids. Teresina (PI), 2015. (n=91)

Questão	Resposta	n	%
Já usou preservativo feminino	sim	51	56,04
	não	40	43,96
Teve relações casuais com mulheres no último mês	sim	32	35,17
	não	59	64,83
Teve relação desprotegida durante a menstruação	sim	55	60,44
	não	36	39,56
Compartilha acessórios durante a relação	sim	50	54,94
	não	41	45,06
Fez teste para aids alguma vez	sim	53	58,24
	não	38	41,76

FONTE: Pesquisa direta

A maioria das mulheres entrevistadas 62 (68%) detinha conhecimento regular, 29 (32%) demonstrou pouco conhecimento. áfico 1).

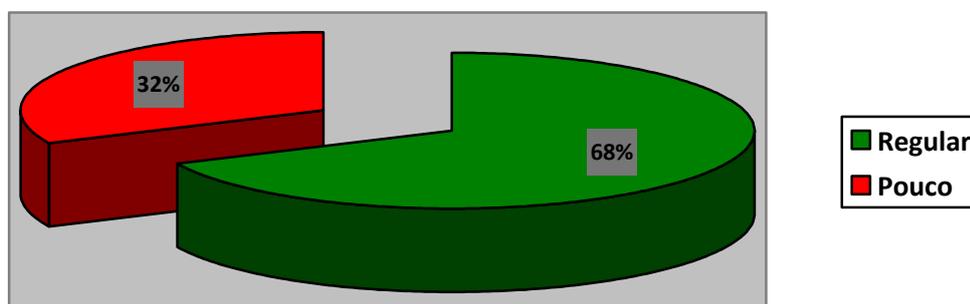


Gráfico 1 - Distribuição das mulheres que fazem sexo com mulheres segundo classificação de conhecimento relacionado a prevenção e transmissão do HIV/Aids. Teresina-PI, 2015 (n=91)

A maioria da amostra investigada 57 (63%) demonstrou ter atitude positiva relacionada à prevenção e transmissão do HIV/Aids. Uma parcela considerável 34 (37%) demonstrou atitude negativa (Gráfico 2).

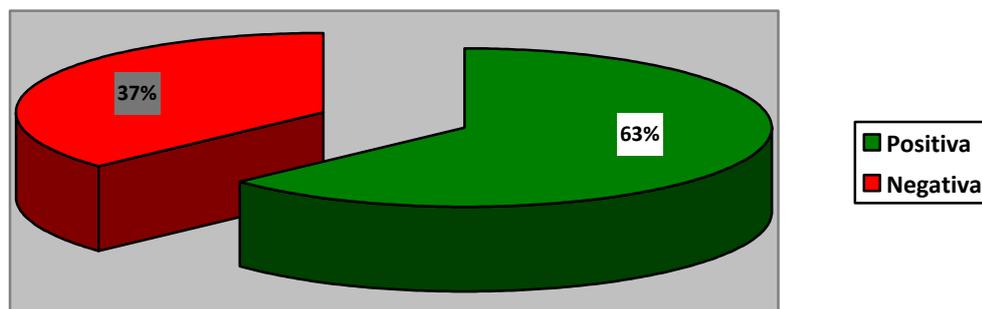


Gráfico 2 - Distribuição das mulheres que fazem sexo com mulheres segundo classificação de atitudes relacionado a prevenção e transmissão do HIV/Aids. Teresina-PI, 2015 (n=91)

Verificou-se, conforme Gráfico 3, que a maioria das mulheres investigadas 48 (53%) tem uma prática adequada relacionada à prevenção e transmissão do HIV/Aids, e 43 (47%) tem práticas inadequadas.

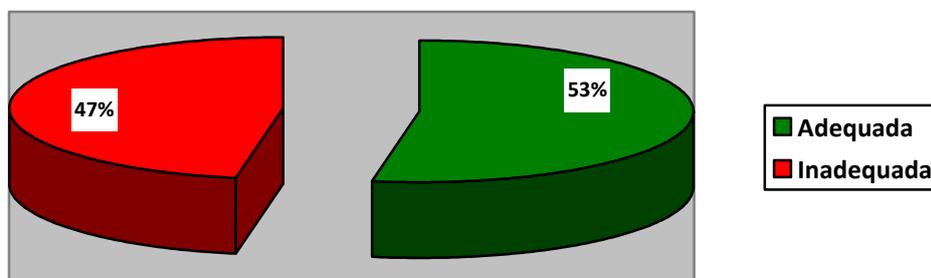


Gráfico 3 - Distribuição das mulheres que fazem sexo com mulheres segundo classificação das práticas relacionadas a prevenção e transmissão do HIV/Aids. Teresina-PI, 2015 (n=91)

### 4.3 Análises bivariadas

Os dados referentes à associação entre conhecimento, atitude e práticas sobre a prevenção e transmissão do HIV/Aids, com as características sociodemográficas da população do estudo, estão contidos nas Tabelas de 5 a 16.

Os resultados apresentados na tabela 5 demonstram que não houve associação significativa entre o conhecimento das mulheres que fazem sexo com mulheres com a faixa etária.

Tabela 5 - Associação do conhecimento das mulheres que fazem sexo com mulheres sobre a prevenção e transmissão do HIV/Aids com faixa etária. Teresina (PI), 2015. (n=91)

Quesito	Resposta	Faixa etária				Total		Valor de P
		até 30		mais de 30		n	%	
		n	%	n	%			
HIV causa aids	concordo	50	100,00	41	100,00	91	100,00	-
	não concordo	-	-	-	-	-	-	
	não sei / não responde	-	-	-	-	-	-	
	Total	50	100,00	41	100,00	91	100,0	
HIV identificado por exames laboratoriais	concordo	46	92,00	37	90,24	83	91,21	0,349
	não concordo	3	6,00	1	2,44	4	4,40	
	não sei / não responde	1	2,00	3	7,32	4	4,40	
	Total	50	100,00	41	100,00	91	100,00	
HIV transmitido entre duas mulheres	concordo	31	62,00	26	63,41	57	62,64	0,403
	não concordo	12	24,00	6	14,63	18	19,78	
	não sei / não responde	7	14,00	9	21,95	16	17,58	
	Total	50	100,00	41	100,00	91	100,00	
Infectado pode compartilhar talheres, copos ou refeições	concordo	1	2,00	1	2,44	2	2,20	0,533
	não concordo	49	98,00	39	95,12	88	96,70	
	não sei / não responde	-	-	1	2,44	1	1,10	
	Total	50	100,00	41	100,00	91	100,00	

continua...

Quesito	Resposta	Faixa etária				Total		Valor de P
		até 30		mais de 30		n	%	
		n	%	n	%			
Aparência saudável pode esta infectado	concordo	49	98,00	40	97,56	89	97,80	1,000
	não concordo	1	2,00	1	2,44	2	2,20	
	não sei / não responde	-	-	-	-	-	-	
	Total	50	100,00	41	100,00	91	100,00	
Preservativo evita transmissão HIV	concordo	49	98,00	39	95,12	88	96,70	0,587
	não concordo	1	2,00	2	4,88	3	3,30	
	não sei / não responde	-	-	-	-	-	-	
	Total	50	100,00	41	100,00	91	100,00	
Risco reduzido se tiver relação com parceira fiel e não infectada	concordo	30	60,00	20	48,78	50	54,95	0,345
	não concordo	20	40,00	20	48,78	40	43,96	
	não sei / não responde	-	-	1	2,44	1	1,10	
	Total	50	100,00	41	100,00	91	100,00	
Não existe cura para aids	concordo	33	66	31	75,61	64	70,33	0,363
	não concordo	-	-	-	-	-	-	
	não sei / não responde	17	34,00	10	24,39	27	29,67	
	Total	50	100,00	41	100,00	91	100,00	
Uso de medicação para aids reduz a transmissão do HIV	concordo	11	22,00	15	36,59	26	28,57	0,870
	não concordo	30	60,00	24	58,54	54	59,34	
	não sei / não responde	9	18,00	2	4,88	11	12,09	
	Total	50	100,00	41	100,00	91	100,00	
Aids é crônica e controlada	concordo	40	80,00	30	73,17	70	76,92	0,225
	não concordo	3	6,00	7	17,07	10	10,99	
	não sei / não responde	7	14,00	4	9,76	11	12,09	
	Total	50	100,00	41	100,00	91	100,00	

FONTE: Pesquisa direta

conclusão

A Tabela 6 demonstra associação estatística significativa da prática das participantes da pesquisa com o grau de escolaridade ( $p < 0,05$ ), nos quesitos: O risco da transmissão do vírus da aids pode ser reduzido, se uma pessoa tiver relações sexuais somente com parceira fiel e não infectada; não existe cura para a aids e o uso de medicação para aids reduz a transmissão do HIV.

Tabela 6 - Associação do conhecimento mulheres que fazem sexo com mulheres sobre a prevenção e transmissão do HIV/Aids com escolaridade. Teresina (PI), 2015. (n=91)

Quesito	Resposta	Escolaridade						Total	Valor de P	
		até ensino médio		Superior incompleto		superior ou pós				
		n	%	n	%	n	%			
HIV causa aids	concordo	46	100,00	14	100,00	31	100,00	91	100,00	-
	não concordo	-	-	-	-	-	-	-	-	
	não sei/não responde	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	46	100,00	14	100,00	31	100,00	91	100,00	
HIV identificado por exames laboratoriais	concordo	42	91,30	14	100,00	27	87,10	83	91,21	
	não concordo	2	4,35	-	-	2	6,45	4	4,40	
	não sei/não responde	2	4,35	-	-	2	6,45	4	4,40	
	Total	46	100,00	14	100,00	31	100,00	91	100,00	
HIV transmitido entre duas mulheres	concordo	27	58,70	14	100,00	16	51,61	57	62,64	0,360
	não concordo	10	21,74	-	-	8	25,81	18	19,78	
	não sei / não responde	9	19,57	-	-	7	22,58	16	17,58	
	Total	46	100,00	14	100,00	31	100,00	91	100,00	
Infectado pode compartilhar talheres, copos ou refeições	concordo	2	4,35	-	-	-	-	2	2,20	0,552
	não concordo	43	93,48	14	100,00	31	100,00	88	96,70	
	não sei / não responde	1	2,17	-	-	-	-	1	1,10	
	Total	46	100,00	14	100,00	31	100,00	91	100,00	
aparência saudável pode esta infectado	concordo	46	100,00	14	100,00	29	93,55	89	97,80	0,138
	não concordo	-	-	-	-	2	6,45	2	2,20	
	não sei / não responde	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	46	100,00	14	100,00	31	100,00	91	100,00	
Preservativo evita transmissão HIV	concordo	44	95,65	14	100,00	30	96,77	88	96,70	0,727
	não concordo	2	4,35	-	-	1	3,23	3	3,30	
	não sei / não responde	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Total	46	100,00	14	100,00	31	100,00	91	100,00	
Risco reduzido se tiver relação com parceira fiel e não infectada	concordo	23	50,00	13	92,86	14	45,16	50	54,95	<b>0,030</b>
	não concordo	22	47,83	1	7,14	17	54,84	40	43,96	
	não sei / não responde	1	2,17	-	-	-	-	1	1,10	
	Total	46	100,00	14	100,00	31	100,00	91	100,00	
Não existe cura para aids	concordo	28	60,87	14	100,00	22	70,97	64	70,33	<b>0,019</b>
	não concordo	-	-	-	-	-	-	-	-	
	não sei / não responde	18	39,13	-	-	9	29,03	27	29,67	
	Total	46	100,00	14	100,00	31	100,00	91	100,00	

continua...

Quesito	Resposta	Escolaridade						Total		Valor de P
		até ensino médio		Superior incompleto		superior ou pós		n	%	
		n	%	n	%	n	%			
Uso de medicação para aids reduz a transmissão do HIV	concordo	18	39,13	2	14,29	6	19,35	26	28,57	<b>0,030</b>
	não concordo	24	52,17	12	85,71	18	58,06	54	59,34	
	não sei / não responde	4	8,70	-	-	7	22,58	111	12,09	
	Total	46	100,00	14	100,00	31	100,00	91	100,00	
Aids é crônica e controlada	concordo	37	80,43	13	92,86	20	64,52	70	76,92	0,178
	não concordo	3	6,52	1	7,14	6	19,35	10	10,99	
	não sei / não responde	6	13,04	-	-	5	16,13	11	12,09	
	Total	46	100,00	14	100,00	31	100,00	91	100,00	

FONTE: Pesquisa Direta

conclusão

Ao cruzar o conhecimento das participantes com a renda mensal, observou-se que não houve associação estatística significativa (Tabela 7).

Tabela 7 - Associação do conhecimento das mulheres que fazem sexo com mulheres sobre a prevenção e transmissão do HIV/Aids com renda mensal. Teresina (PI), 2015. (n=91)

Quesito	Resposta	Renda (Salário Mínimo)				Total		Valor de P
		menos de 1		1 ou mais		n	%	
		n	%	n	%			
HIV causa aids	concordo	30	100,00	61	100,00	91	100,00	-
	não concordo	-	-	-	-	-	-	
	não sei / não responde	-	-	-	-	-	-	
	Total	30	100,00	61	100,00	91	100,00	
HIV identificado por exames laboratoriais	concordo	28	93,33	55	90,16	83	91,21	0,882
	não concordo	1	3,33	3	4,92	4	4,40	
	não sei / não responde	1	3,33	3	4,92	4	4,40	
	Total	30	100,00	61	100,00	91	100,00	
HIV transmitido entre duas mulheres	concordo	21	70,00	36	59,02	57	62,64	0,587
	não concordo	5	16,67	13	21,31	18	19,78	
	não sei / não responde	4	13,33	12	19,67	16	17,58	
	Total	30	100,00	61	100,00	91	100,00	

continua...

Quesito	Resposta	Renda (Salário Mínimo)				Total		Valor de P
		menos de 1		1 ou mais		n	%	
		n	%	n	%			
Infectado pode compartilhar talheres, copos ou refeições	concordo	1	3,33	1	1,64	2	2,20	0,686
	não concordo	29	96,67	59	96,72	88	96,70	
	não sei / não responde	-	-	1	1,64	1	1,10	
	Total	30	100,00	61	100,00	91	100,00	
Aparência saudável pode esta infectado	concordo	29	96,67	60	98,36	89	97,80	1,000
	não concordo	1	3,33	1	1,64	2	2,20	
	não sei / não responde	-	-	-	-	-	-	
	Total	30	100,00	61	100,00	91	100,00	
Preservativo evita transmissão HIV	concordo	30	100,00	58	95,08	88	96,70	0,217
	não concordo	-	-	3	4,92	3	3,30	
	não sei / não responde	-	-	-	-	-	-	
	Total	30	100,00	61	100,00	91	100,00	
Risco reduzido se tiver relação com parceira fiel e não infectada	concordo	21	70,00	29	47,54	50	54,95	0,115
	não concordo	9	30,00	31	50,82	40	43,96	
	não sei / não responde	-	-	1	1,64	1	1,10	
	Total	30	100,00	61	100,00	91	100,00	
Não existe cura para aids	concordo	18	60,00	46	75,41	64	70,33	0,130
	não concordo	-	-	-	-	-	-	
	não sei / não responde	12	40,00	15	24,59	27	29,67	
	Total	30	100,00	61	100,00	91	100,00	
Uso de medicação para aids reduz a transmissão do HIV	concordo	7	23,33	19	31,15	26	28,57	0,546
	não concordo	18	60,00	36	59,02	54	59,34	
	não sei / não responde	5	16,67	6	9,84	11	12,09	
	Total	30	100,00	61	100,00	91	100,00	
Aids é crônica e controlada	concordo	22	73,33	48	78,69	70	76,92	0,207
	não concordo	2	6,67	8	13,11	10	10,99	
	não sei / não responde	6	20,00	5	8,20	11	12,09	
	Total	30	100,00	61	100,00	91	100,00	

FONTE: Pesquisa Direta

conclusão.

A Tabela 8 demonstra associação estatística significativa do conhecimento das mulheres pesquisadas com religião, no quesito sobre a transmissão do vírus da aids durante uma relação sexual entre duas mulheres.

Tabela 8 - Associação do conhecimento das mulheres que fazem sexo com mulheres sobre a prevenção e transmissão do HIV / Aids com religião. Teresina (PI), 2015. (n=91)

Quesito	Resposta	Religião				Total		Valor de P
		com religião		sem religião		n	%	
		n	%	n	%	n	%	
HIV causa aids	concordo	74	100,00	17	100,00	91	100,00	-
	não concordo	-	-	-	-	-	-	
	não sei / não responde	-	-	-	-	-	-	
	Total	74	100,00	17	100,00	91	100,00	
HIV identificado por exames laboratoriais	concordo	68	91,89	15	88,24	83	91,21	0,891
	não concordo	3	4,05	1	5,88	4	4,40	
	não sei / não responde	3	4,05	1	5,88	4	4,40	
	Total	74	100,00	17	100,00	91	100,00	
HIV transmitido entre duas mulheres	concordo	51	68,92	6	35,29	57	62,64	<b>0,010</b>
	não concordo	14	18,92	4	23,53	18	19,78	
	não sei / não responde	9	12,16	7	41,18	16	17,58	
	Total	74	100,00	17	100,00	91	100,00	
Infectado pode compartilhar talheres, copos ou refeições	concordo	2	2,70	-	-	2	2,20	0,700
	não concordo	71	95,95	17	100,00	88	96,70	
	não sei / não responde	1	1,35	-	-	1	1,10	
	Total	74	100,00	17	100,00	91	100,00	
Aparência saudável pode esta infectado	concordo	73	98,65	16	94,12	89	97,80	0,340
	não concordo	1	1,35	1	5,88	2	2,20	
	não sei / não responde	-	-	-	-	-	-	
	Total	74	100,00	17	100,00	91	100,00	
Preservativo evita transmissão HIV	concordo	71	95,95	17	100,00	88	96,70	1,000
	não concordo	3	4,05	-	-	3	3,30	
	não sei / não responde	-	-	-	-	-	-	
	Total	74	100,00	17	100,00	91	100,00	
Risco reduzido se tiver relação com parceira fiel e não infectada	concordo	39	52,70	11	64,71	50	54,95	0,622
	não concordo	34	45,95	6	35,29	40	43,96	
	não sei / não responde	1	1,35	-	-	1	1,10	
	Total	74	100,00	17	100,00	91	100,00	
Não existe cura para aids	concordo	55	74,32	9	52,94	64	70,33	0,138
	não concordo	-	-	-	-	-	-	
	não sei / não responde	19	25,68	8	47,06	27	29,67	
	Total	74	100,00	17	100,00	91	100,00	
Uso de medicação para aids reduz a transmissão do HIV	concordo	24	32,43	2	11,76	26	28,57	0,218
	não concordo	42	56,76	12	70,59	54	59,34	
	não sei / não responde	8	10,81	3	17,65	11	12,09	
	Total	74	100,00	17	100,00	91	100,00	

continua...

Quesito	Resposta	Religião				Total		Valor de P
		com religião		sem religião		n	%	
		n	%	n	%			
Aids é crônica e controlada	concordo	59	79,73	11	64,71	70	76,92	0,410
	não concordo	7	9,46	3	17,65	10	10,99	
	não sei / não responde	8	10,81	3	17,65	11	12,09	
	Total	74	100,00	17	100,00	91	100,00	

FONTE: Pesquisa Direta

conclusão.

Na Tabela 9 observou-se a atitude não foi estatisticamente associada a faixa etária.

Tabela 9 - Associação das atitudes das mulheres que fazem sexo com mulheres sobre a prevenção e transmissão do HIV/Aids com faixa etária. Teresina (PI), 2015 (n=91).

Questão	Resposta	Faixa etária				Total		Valor de P
		até 30		mais de 30		n	%	
		n	%	n	%			
Seu conhecimento sobre HIV é suficiente para se prevenir	sim	20	40,00	21	51,22	41	45,05	0,697
	não	27	54,00	18	43,90	45	49,45	
	não sei/não responde	3	6,00	2	4,88	5	5,50	
	Total	50	100,00	41	100,00	91	100,00	
Adota métodos de prevenção	sim	32	64,00	26	63,41	58	63,74	0,667
	não	17	34,00	15	36,59	32	35,16	
	não sei/não responde	1	2,00	-	-	1	1,10	
	Total	50	100,00	41	100,00	91	100,00	
Duas pessoas infectadas podem não usar preservativos	sim	5	9,80	7	17,50	12	13,19	0,174
	não	40	78,43	25	62,50	65	71,43	
	não sei/não responde	6	11,77	8	20,00	14	15,38	
	Total	51	100,00	40	100,00	91	100,00	
Relação sem penetração reduz o risco de transmissão	sim	19	38,00	14	34,15	33	36,26	0,914
	não	26	52,00	22	53,66	47	51,65	
	não sei/não responde	6	10,00	5	12,20	11	12,09	
	Total	50	100,00	41	100,00	91	100,00	
HIV ocorre em homossexuais masculinos, prostitutas e usuários de drogas	sim	-	-	2	4,88	2	2,20	0,278
	não	50	100,00	38	92,68	88	96,70	
	não sei/não responde	-	-	1	2,44	1	1,10	
	Total	50	100,00	41	100,00	91	100,00	

FONTE: Pesquisa Direta

Verificou-se associação estatística significativa da escolaridade com a atitude no que se refere à adoção de métodos de prevenção e relação sem penetração reduz o risco de transmissão (Tabela 10).

Tabela 10 – Associação das atitudes das mulheres que fazem sexo com mulheres sobre a prevenção e transmissão do HIV/Aids com grau de escolaridade. Teresina (PI), 2015. (n=91)

Questão	Resposta	Escolaridade						Total	Valor de P	
		até ensino médio		superior incompleto		superior ou pós				
		n	%	n	%	n	%			
Seu conhecimento sobre HIV é suficiente para se prevenir	sim	21	44,69	12	92,31	8	25,81	41	45,05	-
	não	24	51,06	1	7,69	20	64,52	45	49,45	
	não sei/não responde	2	4,25	-	-	3	9,67	5	5,50	
	Total	47	100,00	13	100,00	31	100,00	91	100,00	
Adota métodos de prevenção	sim	28	59,57	14	100,00	16	53,33	58	63,74	<b>0,032</b>
	não	18	38,30	-	-	14	46,67	32	35,16	
	não sei/não responde	1	2,13	-	-	-	-	1	1,10	
	Total	47	100,00	14	100,00	30	100,00	91	100,00	
Duas pessoas infectadas podem não usar preservativos	sim	8	17,39	-	-	4	12,90	12	13,19	0,164
	não	30	65,22	14	100,00	21	67,75	65	71,43	
	não sei/não responde	8	17,39	-	-	6	19,35	14	15,38	
	Total	46	100,00	14	100,00	31	100,00	91	100,00	
Relação sem penetração reduz o risco de transmissão	sim	23	50,00	5	35,71	5	16,13	33	36,26	<b>0,010</b>
	não	20	43,48	9	64,29	18	58,06	47	51,65	
	não sei/não responde	3	6,52	-	-	8	25,81	11	12,09	
	Total	46	100,00	14	100,00	31	100,00	91	100,00	
HIV ocorre em homossexuais masculinos, prostitutas e usuários de drogas	sim	2	4,35	-	-	-	-	2	2,20	0,744
	não	43	93,48	14	100,00	31	100,00	88	96,70	
	não sei/não responde	1	2,17	-	-	-	-	1	1,10	
	Total	46	100,00	14	100,00	31	100,00	91	100,00	

FONTE: Pesquisa Direta

A Tabela 11 demonstra não associação estatística significativa das atitudes com a renda mensal das participantes.

Tabela 11 - Associação das atitudes das mulheres que fazem sexo com mulheres sobre a prevenção e transmissão do HIV/Aids com renda mensal. Teresina (PI), 2015. (n=91)

Questão	Resposta	Renda (Salário Mínimo)				Total n	Valor de P
		menos de 1 n	%	1 ou mais n	%		
Seu conhecimento sobre HIV é suficiente para se prevenir	sim	12	40,00	29	47,54	41	0,195
	não	14	46,67	31	50,82	45	
	não sei/não responde	4	13,33	1	1,64	5	
	Total	30	100,00	61	100,00	91	
Adota métodos de prevenção	sim	18	60,00	40	65,57	58	0,751
	não	12	40,00	20	32,79	32	
	não sei/não responde	-	-	1	1,64	1	
	Total	30	100,00	61	100,00	91	
Duas pessoas infectadas podem não usar preservativos	sim	7	23,33	5	8,20	12	0,155
	não	17	56,67	48	78,69	65	
	não sei/não responde	6	20,00	8	13,11	14	
	Total	30	100,00	61	100,00	91	
Relação sem penetração reduz o risco de transmissão	sim	10	33,33	23	37,70	33	0,165
	não	13	43,33	34	55,74	47	
	não sei/não responde	7	23,34	4	6,56	11	
	Total	30	100,00	61	100,00	91	
HIV ocorre em homossexuais masculinos, prostitutas e usuários de drogas	sim	2	6,67	-	-	2	0,286
	não	28	93,33	60	98,36	88	
	não sei/não responde	-	-	1	1,64	1	
	Total	30	100,00	61	100,00	91	

FONTE: Pesquisa Direta

A Tabela 12 demonstra associação estatística significativa das atitudes com religião da amostra estudada. Essa associação aparece em dois momentos, quando as mulheres são questionadas sobre o que conhecem acerca do HIV ser suficiente para prevenirem-se; e, se adotam métodos para prevenção contra o vírus da aids.

Tabela 12 - Associação das atitudes das mulheres que fazem sexo com mulheres sobre a prevenção e transmissão do HIV/Aids com religião. Teresina (PI), 2015.(n=91)

Questão	Respostas	Religião				Total	Valor de P	
		com religião		sem religião				
		n	%	n	%			
Seu conhecimento sobre HIV é suficiente para se prevenir	sim	40	54,05	1	5,88	41	45,05	<b>0,001</b>
	não	30	40,55	15	88,24	45	49,45	
	não sei/não responde	4	5,40	1	5,88	5	5,50	
	Total	74	100,00	17	100,00	91	100,00	
Adota métodos de prevenção	sim	54	72,98	4	23,53	58	63,74	<b>0,000</b>
	não	19	25,67	13	76,47	32	35,16	
	não sei/não responde	1	1,35	-	-	1	1,10	
	Total	74	100,00	17	100,00	91	100,00	
Duas pessoas infectadas podem não usar preservativos	sim	11	14,86	1	5,88	12	13,19	0,554
	não	51	68,92	14	82,35	65	71,43	
	não sei/não responde	12	16,22	2	11,76	14	15,38	
	Total	74	100,00	17	100,00	91	100,00	
Relação sem penetração reduz o risco de transmissão	sim	29	39,19	4	23,53	33	36,26	0,374
	não	37	50,00	10	58,82	47	51,65	
	não sei/não responde	8	10,81	3	17,65	11	12,09	
	Total	74	100,00	17	100,00	91	100,00	
HIV ocorre em homossexuais masculinos, prostitutas e usuários de drogas	sim	2	2,70	-	-	2	2,20	0,788
	não	71	95,95	17	100,00	88	96,70	
	não sei/não responde	1	1,35	-	-	1	1,10	
	Total	74	100,00	17	100,00	91	100,00	

FONTE: Pesquisa Direta

Observou-se que não houve associação estatisticamente significativa das práticas com a faixa etária das participantes da pesquisa (Tabela 13).

Tabela 13 - Associação das práticas das mulheres que fazem sexo com mulheres sobre a prevenção e transmissão do HIV/Aids com faixa etária. Teresina (PI), 2015. (n=91)

Questão	Resposta	Faixa etária				Total	Valor de P	
		até 30		mais de 30				
		n	%	n	%			
Já usou preservativo feminino	sim	31	62,00	20	48,78	51	56,04	0,254
	não	19	38,00	21	51,22	40	43,96	
	Total	50	100,00	41	100,00	91	100,00	
Teve relações casuais com mulheres no último mês	sim	19	36,54	13	33,33	32	35,16	0,682
	não	33	63,46	26	66,67	59	64,84	
	Total	52	100,00	39	100,00	91	100,00	
Teve relação desprotegida durante a menstruação	sim	32	64,00	23	56,10	55	60,44	0,386
	não	18	36,00	18	43,90	36	39,56	
	Total	50	100,00	41	100,00	91	100,00	
Compartilha acessórios durante a relação	sim	27	54,00	23	56,09	50	54,94	0,925
	não	23	46,00	18	43,91	41	45,06	
	Total	50	100,00	41	100,00	91	100,00	
Fez teste para aids alguma vez	sim	30	60,00	23	56,10	53	58,24	0,502
	não	20	40,00	18	43,90	38	41,76	
	Total	50	100,00	41	100,00	91	100,00	

FONTE: Pesquisa Direta

A Tabela 14 demonstra associação estatística significativa das práticas com grau de escolaridade das mulheres pesquisadas quando as mesmas foram questionadas sobre se tiveram relações casuais com mulheres no último mês e se fez teste para aids alguma vez na vida.

Tabela 14 - Associação das práticas das mulheres que fazem sexo com mulheres sobre a prevenção e transmissão do HIV/Aids com grau de escolaridade. Teresina (PI), 2015. (n=91)

Questão	Resposta	Escolaridade						Total	Valor de P	
		até ensino médio		sup. incompleto		superior ou pós				
		n	%	n	%	n	%			
Já usou preservativo feminino	sim	27	58,70	10	71,43	14	45,16	51	56,04	0,281
	não	19	41,30	4	28,57	17	54,84	40	43,96	
	Total	46	100,00	14	100,00	31	100,00	91	100,00	
Teve relações casuais com mulheres no último mês	sim	21	45,65	-	-	11	35,48	32	35,16	<b>0,031</b>
	não	25	54,35	14	100,00	20	64,52	59	64,84	
	Total	46	100,00	14	100,00	31	100,00	91	100,00	
Teve relação desprotegida durante a menstruação	sim	31	67,39	8	57,14	16	51,61	55	60,44	0,310
	não	15	32,61	6	42,86	15	48,39	36	39,56	
	Total	46	100,00	14	100,00	31	100,00	91	100,00	
Compartilha acessórios durante a relação	sim	21	45,65	10	71,43	19	61,29	50	54,95	0,717
	não	25	54,35	4	28,57	12	38,70	41	45,05	
	Total	46	100,00	14	100,00	31	100,00	91	100,00	
Fez teste para aids alguma vez	sim	27	58,70	13	92,86	13	41,94	53	58,24	<b>0,004</b>
	não	19	41,30	1	7,14	18	58,06	38	41,76	
	Total	46	100,00	14	100,00	31	100,00	91	100,00	

FONTE: Pesquisa Direta

A Tabela 15 demonstra não associação estatística significativa das práticas com renda mensal da amostra estudada.

Tabela 15 - Associação das práticas das mulheres que fazem sexo com mulheres sobre a prevenção e transmissão do HIV/Aids com renda mensal. Teresina (PI), 2015. (n=91)

Questão	Resposta	Renda Mensal (Salário Mínimo)						Valor de P
		menos de 1		1 ou mais		Total		
		n	%	n	%	n	%	
Já usou preservativo feminino	Sim	20	66,67	31	50,82	51	56,04	0,176
	Não	10	33,33	30	49,18	40	43,96	
	Total	30	100,00	61	100,00	91	100,00	
Teve relações casuais com mulheres no último mês	Sim	10	33,33	22	36,07	32	35,16	0,150
	Não	20	66,67	39	63,93	59	64,84	
	Total	30	100,00	61	100,00	91	100,00	
Teve relação desprotegida durante a menstruação	Sim	17	56,67	38	62,30	55	60,44	0,648
	Não	13	43,33	23	37,70	36	39,56	
	Total	30	100,00	61	100,00	91	100,00	
Compartilha acessórios durante a relação	Sim	16	53,33	33	54,10	50	53,85	0,881
	Não	14	46,67	28	46,90	51	46,15	
	Total	30	100,00	61	100,00	91	100,00	
Fez teste para aids alguma vez	Sim	17	54,84	36	60,00	53	58,24	0,762
	Não	14	45,16	24	40,00	38	41,76	
	Total	31	100,00	60	100,00	91	100,00	

FONTE: Pesquisa Direta

A Tabela 16 demonstra associação estatística significativa das práticas com religião das mulheres entrevistadas, quando as mesmas foram questionadas sobre se tiveram relações casuais com mulheres no último mês e se fizeram teste para aids alguma vez na vida.

Tabela 16 - Associação das práticas das mulheres que fazem sexo com mulheres sobre a prevenção e transmissão do HIV/Aids com religião. Teresina (PI), 2015. (n=91)

Questão	Resposta	Religião				Total	Valor de P	
		com religião		sem religião				
		n	%	n	%			
Já usou preservativo feminino	sim	44	59,46	7	41,18	51	56,04	0,152
	não	30	40,54	10	58,82	40	43,96	
	Total	74	100,00	17	100,00	91	100,00	
Teve relações casuais com mulheres no último mês	sim	30	40,00	2	12,50	32	35,16	<b>0,024</b>
	não	45	60,00	14	87,50	59	64,84	
	Total	75	100,00	16	100,00	91	100,00	
Teve relação desprotegida durante a menstruação	sim	52	70,27	3	17,65	55	60,44	<b>0,000</b>
	não	22	29,73	14	82,35	36	39,56	
	Total	74	100,00	17	100,00	91	100,00	
Compartilha acessórios durante a relação	sim	42	56,75	8	47,06	50	54,95	0,497
	não	32	43,24	9	52,94	41	45,05	
	Total	74	100,00	17	100,00	91	100,00	
Fez teste para aids alguma vez	sim	47	63,51	6	35,29	53	58,25	<b>0,028</b>
	não	27	36,49	11	64,71	38	41,75	
	Total	74	100,00	17	100,00	91	100,00	

FONTE: Pesquisa Direta

## *5 DISCUSSÃO*

---

O perfil das participantes foi obtido por meio do levantamento de dados de noventa e uma (91) mulheres que fazem sexo com mulheres. A idade mínima foi de 18 anos e a máxima de 53, com variação de 18 a 57 anos. A maioria das participantes apresentava idade entre 26 e 33 anos, sendo que a idade média foi de 29,5 anos, representando uma amostra caracterizada por mulheres adultas jovens.

Ao analisar o grau de escolaridade, constatou-se que 42 (46,15%) das mulheres concluíram o ensino médio e não houve participante sem escolaridade, demonstrando qualificação da amostra. Esse resultado é inconsonante com os dados obtidos em 2013 na Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio - PNAD, que mostra que na Região Nordeste a média de anos de estudo é de 5,9. Entre a população com 18 anos ou mais, a média é de 7,4, bem abaixo do esperado, já que esse grupo tem idade suficiente para haver concluído pelo menos o ensino médio, o que representaria 11 anos de estudo. A PNAD indica que o aumento da idade não significa necessariamente mais anos na escola. No grupo de pessoas com 25 anos ou mais, o número médio de anos estudados cai para 7. A pesquisa aponta também que 22,8% da população não têm instrução ou não concluiu sequer a 4ª série do ensino fundamental (PNAD, 2014).

A escolaridade da população adulta é um importante indicador de acesso ao conhecimento e também compõe o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). Em Teresina, em 2010, 64,21% da população de 18 anos ou mais tinha completado o ensino fundamental e 45,78% o ensino médio, demonstrando baixo grau de escolaridade da população teresinense (PNUD, 2015).

No que se refere à renda mensal, houve predominância de mulheres que tinham renda mensal entre um (01) e quatro (04) salários mínimos, totalizando 48 (52,75%). Esse índice salarial está acima da média do estado, mas compatível com a qualificação da amostra. De acordo com a Pesquisa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, realizada em 2010, o rendimento nominal mensal domiciliar *per capita* da população residente no Piauí era de R\$ 659,00, valor abaixo do salário mínimo nacional que em 2014 era de R\$ 724,00, sendo que a média nacional ficou em R\$ 668,00. Considerando apenas as 26 capitais, Teresina aparece entre os piores resultados. Com um rendimento nominal domiciliar *per capita* médio de R\$ 636,00/mês, ocupando a penúltima colocação no *ranking*, à frente apenas de Macapá (AP), que apresentou R\$ 631/mês no mesmo indicador (IBGE, 2010).

Quanto à religião, 58 (63,74%) das participantes autodeclararam como

católicas. Esse resultado já era esperado, pois o catolicismo tem sido a principal religião do Brasil desde o século XVI. Segundo dados do IBGE, o Brasil ainda é a maior nação católica do mundo, totalizando 64,6% de católicos no país, de acordo com o censo de 2010. Em Teresina, o número de católicos chega a 652.822 pessoas, o que corresponde a 86% da população. Esse é o maior percentual entre todas as capitais brasileiras. A religiosidade católica da capital é um reflexo do que se pode constatar em todo o estado, no qual 89% da população é católica (IBGE, 2010).

Com relação ao estado conjugal, houve predominância das mulheres que responderam que já viveram com companheira e não vivem mais, representada por 33 (36,26%) da amostra. Não há variedade de estudos que abordem a conjugalidade de mulheres que fazem sexo com mulheres; no entanto, Strohm (2008) estudou a formação e dissolução de casais de *gays* e lésbicas que coabitavam, casais de heterossexuais que somente coabitavam sem serem casados, e casais de heterossexuais que coabitavam e eram casados, em relação à incidência, à dinâmica e à duração desses relacionamentos. Ele analisou dados da 1970 *British Cohort Study*, que continha informações sobre a história dos relacionamentos dessas pessoas desde os 16 aos 34 anos de idade.

Com relação à incidência, na idade de 32 anos, as mulheres e os homens heterossexuais já tinham coabitado (71% e 68,9%, respectivamente) ou casado (52,1% e 41,9), enquanto que quase nenhuma mulher lésbica e homem *gay* tinham ao menos coabitado (1,1% e 1%). O casamento heterossexual foi a união com maior estabilidade. O risco de dissolução, quando comparado ao casamento, é 7,5 vezes maior para casais heterossexuais que para aqueles que somente coabitam, 6,8 vezes maior para casais de *gays* e 5,0 vezes maior para casais de lésbicas. Essa pesquisa demonstra uma diferença significativa dos casamentos heterossexuais em relação às uniões de *gays* e lésbicas no que se refere à duração da união, que é novamente maior nas lésbicas que em relação aos *gays*. No entanto, é importante ressaltar que a duração de um relacionamento nem sempre expressa de forma igual a sua qualidade, quer seja na população heterossexual ou homossexual (STROHM, 2008).

Para Rubio (2000), em relação à população homossexual, há dois fatores que podem explicar os menores índices de estabilidade conjugal. Primeiro, os *gays* e lésbicas enfrentam maiores dificuldades em assumir um relacionamento, visto que

isso está ligado à aceitação da própria homossexualidade. Assim, gays e lésbicas levam mais tempo para assumir suas identidades afetivo-sexuais e, dessa forma, entram em relacionamentos afetivos de forma mais tardia, o que é confirmado com o dado apresentado na pesquisa de Strohm (2008), em que apenas 1% da amostra estava numa coabitação aos 32 anos de idade. Esse dado está em consonância com os resultados obtidos nesta pesquisa, em que houve a predominância de MSM com idade média de 29,5 anos e que já viveram com companheira e não vivem mais.

O segundo fator seria a diferença social do significado do casamento e da coabitação nessa comparação, ou seja, gays e lésbicas estão numa relação ou a dissolvem basicamente pelo aspecto afetivo. Para Rubio (2000), na instituição do casamento há outros aspectos que refletem na união e dissolução da relação, tais como: reconhecimento social e legal, regulação das relações sexuais, gravidez e parentalidade, manutenção da descendência, questões econômicas e até políticas, entre outros. Entretanto, na homossexualidade a afetividade pode atuar com um fator mais decisivo do que para os heterossexuais, para os quais essas amarras sociais podem contribuir na manutenção da relação, ainda que esse fator não garanta o nível de qualidade conjugal.

Em pesquisa realizada por Balsam *et al.* (2008), com casais do mesmo sexo que estavam em uniões civis (legalizada no Estado de Vermont/EUA), casais do mesmo sexo que não fizeram a união civil e casais de heterossexuais casados, demonstrou que os casais do mesmo sexo que não legalizaram sua união tinham mais chances de terem se separado do que os casais de mesmo sexo em união civil ou heterossexuais casados. Porém, comparados aos casais heterossexuais, ambos os grupos de casais homossexuais demonstraram maiores níveis de qualidade conjugal, compatibilidade, intimidade e menores níveis de conflito. Os preditores encontrados no grupo de casais de homossexuais eram: menos conflito, altos níveis de revelação da orientação e uma menor duração da relação. No grupo de lésbicas, menos conflito e maior frequência sexual.

Quanto à cor, 55 (60,43%) da amostra se autodeclarou como parda. Esse resultado é compatível com os dados da pesquisa do IBGE, realizada em 2010, que apontou que as maiores proporções de pardos estão nas regiões Norte e Nordeste. Etnicamente, o Piauí, é composto por: pardos 63%, brancos 33% e negros 3% (IBGE, 2010). No Brasil, Teresina aparece na 7ª posição, atrás de Salvador, Belém,

Macapá, Manaus, Rio Branco e Boa Vista. No Nordeste, após Teresina, vêm São Luís, Aracaju, Fortaleza, Recife, João Pessoa e Natal.

No que se refere à ocupação, a maioria da amostra – 26 (28,57%) – afirmou ser estudante. No cômputo geral do nível de ocupação apurado pela PNAD por gênero, 73,7% da população masculina informou que estava trabalhando. Esse percentual cai para 51,2% quando se trata da população feminina. A maternidade, o acesso a empregos mais precários e informais são parte da explicação para essa diferença. No entanto, as mulheres permanecem mais tempo na escola. Segundo dados coletados no país em 2013, o número médio de anos de estudos no Brasil subiu de 6,5 em 2004 para 7,7, sendo que esse crescimento se deu principalmente pelas mulheres, que estudam em média oito anos, frente aos 7,5 anos dos homens (PNAD, 2014).

Dentre as mulheres pesquisadas, a expressiva maioria relatou que atualmente relacionava-se somente com mulher e uma minoria respondeu que se relacionava com homem e com mulher. Observa-se a predominância das mulheres que demonstrou preferências não heterossexuais, ou seja, uma preferência por parceiras e não por parceiros sexuais.

Esse resultado corrobora com o que foi descrito por Barbosa e Koyama (2006), quando relataram que a compreensão da dinâmica de que as mulheres transitam pelas diferentes experiências é crucial nos estudos sobre homossexualidade, ficando evidente que a categoria “mulheres exclusivamente homossexuais” praticamente não existe. Para os autores, uma mulher pode ter relações com outras mulheres de forma eventual ou regular, alternando esse padrão ao longo do tempo. Pode ainda ter relações com parceiras com comportamento exclusivamente homossexual ou parceiras que tenham relações com homens, de forma esporádica ou regular. Essa mesma mulher pode ter relações com homens de forma esporádica ou regular.

Nos resultados da pesquisa de Barbosa e Koyama (2006), em que se tomaram por referência as mulheres sexualmente ativas nos últimos cinco anos, 3% relataram histórico de relações sexuais com pessoas do mesmo sexo ou de ambos os sexos. Ao analisar três períodos de tempo – na vida, nos últimos cinco anos e no último ano –, observou-se que a proporção de mulheres que relatam relações sexuais com mulheres ou com homens e mulheres na vida diminui de 3% para 1,7% nos cinco anos anteriores à pesquisa, mantendo-se no mesmo nível no último ano,

1,7%.

A amostra estudada demonstrou conhecimento no tocante ao HIV ser o vírus causador da aids, pois todas concordaram com essa afirmação. Atribui-se a obtenção desse resultado à qualificação da amostra e à ampla divulgação da temática pelos programas de prevenção de HIV/Aids em âmbito nacional e regional.

O HIV diferencia-se em tipos 1 e 2, sendo que o HIV-1 é o mais patogênico e o mais prevalente no mundo, e o HIV-2 é endêmico na África Ocidental, disseminando-se pela Ásia (PARHAM, 2000). Ele pertence à família *Retroviridae*, subfamília *Lentiviridae*, que causa efeitos citopáticos em curto prazo e uma infecção longitudinal persistente que culmina em um quadro clínico geral, que corresponde à aids (ABBAS; LICHTMAN; POBER, 2002).

A maioria da amostra – 83 (91,20%) – também concordou que o HIV é identificado por meio de exames laboratoriais. O diagnóstico da infecção por este vírus é feito em laboratórios, a partir da realização de testes sorológicos e moleculares ou por meio de testes rápidos. No Brasil, o diagnóstico da infecção pelo HIV é regulamentado por meio da Portaria n.º 29, de 17 de dezembro de 2013, que aprova o Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças.

Os testes sorológicos baseiam-se na detecção de anticorpos e/ou antígenos do HIV presentes ou não na amostra do paciente. Em adultos, esses anticorpos aparecem no sangue dos indivíduos infectados, em média de 4 a 12 semanas após a infecção pelo vírus. Em crianças menores de 18 meses, os métodos que realizam a detecção de anticorpos não são recomendados para o diagnóstico, pois os anticorpos maternos passam via placenta para o bebê, principalmente no terceiro trimestre de gestação, podendo persistir até os 18 meses de idade, interferindo no diagnóstico sorológico da infecção vertical, sendo necessária a realização de testes moleculares, como a quantificação do RNA viral (BRASIL, 2013b).

Os testes sorológicos utilizados no diagnóstico da infecção pelo HIV são o Elisa (*Enzyme-Linked Immunosorbent Assay*) ou reação de ensaio imunoenzimático, a imunofluorescência indireta, o *western blot*, o *imunoblot* e o *imunoblot* rápido, sendo o Elisa o principal deles. Nas últimas décadas, foram desenvolvidas quatro gerações de ensaios imunoenzimáticos. Essas gerações foram definidas de acordo com a evolução das metodologias empregadas (BRASIL, 2014a).

O ensaio de primeira geração tem o formato indireto, ou seja, a presença de anticorpos específicos é detectada por um conjugado constituído por um anticorpo anti-IgG humana. Na fase sólida, os antígenos são originados de um lisado viral de HIV. Essas características tornam o ensaio pouco específico e, pelo fato de detectarem apenas IgG, também são menos sensíveis do que os ensaios de gerações posteriores. Em média, a janela de soroconversão dos ensaios de primeira geração é de 6 a 8 semanas. Portanto, esses ensaios deixaram de ser utilizados na rotina diagnóstica dos laboratórios (BRASIL, 2013b).

Os de segunda geração também têm formato indireto, porém utiliza antígenos recombinantes ou peptídeos sintéticos. Em comparação aos ensaios de primeira geração, os de segunda geração são mais sensíveis e específicos, por conter uma maior concentração de proteínas (epítomos imunodominantes) relevantes. Em média, a janela de soroconversão dos ensaios de segunda geração é de 28 a 30 dias (BRASIL, 2014a).

O ensaio de terceira geração tem o formato “sanduíche” (ou imunométrico). A característica desse ensaio é utilizar antígenos recombinantes ou peptídeos sintéticos, tanto na fase sólida quanto sob a forma de conjugado. Esse formato permite a detecção simultânea de anticorpos anti-HIV IgM e IgG. A possibilidade de detectar anticorpos da classe IgM torna esse ensaio mais sensível do que os de gerações anteriores. Em média, a janela de soroconversão dos ensaios de terceira geração é de 22 a 25 dias (SOUZA, 2011).

Finalmente, o ensaio de quarta geração detecta simultaneamente o antígeno p24 e anticorpos específicos anti-HIV, sendo essa última também no formato “sanduíche”. Essa técnica é amplamente utilizada como teste inicial para detecção de anticorpos contra o vírus, devido à sua alta sensibilidade. Em média, a janela diagnóstica dos ensaios de quarta geração é de aproximadamente 15 dias, dependendo do ensaio utilizado (BRASIL, 2013b).

No teste de imunofluorescência indireta para o HIV, as células infectadas pelo HIV-1 (portadoras de antígenos) são incubadas com o soro que se deseja testar, ou seja, onde é feita a pesquisa de anticorpos. A presença dos anticorpos é revelada por meio de microscopia de fluorescência. Esse teste foi muito utilizado como teste confirmatório da infecção pelo HIV na primeira década da epidemia, mas, atualmente, foi substituída pelo *western blot* e *imunoblot* (BRASIL, 2013b).

O *western blot* envolve, inicialmente, a separação das proteínas virais por

eletroforese em gel de poliacrilamida, seguida da transferência eletroforética dos antígenos para uma membrana de nitrocelulose. Esse teste é utilizado para confirmação do resultado reagente ao teste Elisa, ou seja, é também um teste confirmatório da infecção. Tem alta especificidade e sensibilidade (SOUZA, 2011).

No teste de *imunoblot/imunoblot* rápido, popularmente conhecido como teste rápido, as proteínas recombinantes e/ou peptídeos sintéticos, representativos de regiões antigênicas do HIV-1 e do HIV-2 são imobilizados sobre uma tira de *nylon*. Além das frações virais, as tiras contêm regiões de bandas controle (não virais), que são empregadas para estabelecer, por meio de comparação, um limiar de reatividade para cada banda viral presente. O *imunoblot* rápido é semelhante ao *imunoblot*, porém utiliza a plataforma de migração dupla, permitindo a detecção de anticorpos em menos de 30 minutos (BRASIL, 2014a).

Nos testes moleculares, a detecção molecular de ácido nucleico se baseia na detecção e/ou quantificação do material genético do HIV – RNA do HIV no sangue ou DNA pró-viral em células infectadas – por meio da amplificação do ácido nucléico, com o uso da reação em cadeia da polimerase (PCR) e detecção em tempo real de fluorescência emitida por uma sonda específica para uma assinatura genética do vírus. Os testes moleculares são especialmente úteis para o diagnóstico em crianças com idade inferior a 18 meses e na infecção aguda em adultos. (BRASIL, 2013b)

Quando questionadas sobre a transmissão do HIV, 57 (62,94%) afirmaram que é possível durante a relação sexual entre duas mulheres. A literatura já descreve casos de transmissão do HIV entre mulheres, no entanto faltam dados estatísticos (MONTCALM; MYER, 2000; MORROW, 2000). O risco provável de transmissão do HIV foi estimado entre 0,8% a 3,2% no sexo anal receptivo e 0,05% a 0,15% no sexo vaginal heterossexual desprotegido (RASTEGAR; FINGERHOOD; JASINSKI, 2003).

Investigações e observações clínicas afirmam que qualquer prática sexual que envolve sêmen, fluido vaginal, sangue menstrual ou urina infectados e que entram em contato com mucosas ou pele não íntegra, acarretam risco para transmissão do HIV. Conseqüentemente, a mulher pode se envolver em comportamento de risco para contrair o HIV em uma relação com outra mulher.

Tradicionalmente, pensava-se que as mulheres lésbicas estavam livres de risco de DST, HIV e aids. Entretanto, estudos realizados com gays e lésbicas na

África do Sul mostram que isso não é verdade, pois 8% das mulheres que se autodefiniam como lésbicas na pesquisa, foram testadas e o resultado foi positivo para HIV (WELLS; POLDERS, 2006).

Resultados de outra pesquisa demonstraram que de cada dez (10) lésbicas que conheciam seu estado sorológico, uma relatou estar vivendo com HIV (SANDFORT *et al.*, 2013). No entanto, essas mulheres não foram testadas, podendo a prevalência ser maior ou menor que a autodeclarada. Para os autores da pesquisa, as lésbicas têm maior fator de risco à saúde e menor proteção em relação às mulheres não lésbicas, pois o uso de drogas, a violência e a discriminação tendem a ocorrer com mais frequência nesse contingente populacional.

Embora não haja evidência que as mulheres lésbicas possam ser infectadas com o HIV em relações sexuais com outras mulheres, muitas que são soropositivas relatam que mantêm relações sexuais exclusivamente com suas parceiras. No entanto, as mulheres, independente da sua orientação sexual, estão em risco para HIV, pois estão vulneráveis tanto por seu comportamento de risco quanto por sua identidade sexual (ZETHU *et al.*, 2009).

A maioria dos estudos afirma que há possibilidade de transmissão do HIV na relação sexual entre mulheres, mas baseando-se no comportamento de risco e não em dados estatísticos. No entanto, em março de 2014 o Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC) confirmou, laboratorialmente, o primeiro caso de transmissão do HIV durante uma relação lésbica. O órgão relatou que o caso é raro, mas que há possibilidade de transmissão do HIV entre mulheres quando uma das parceiras está infectada. Esse caso surgiu para desmitificar a ilusória categoria de proteção, que termina ofuscando a possibilidade de prevenção do HIV/Aids em lésbicas.

Quanto à possibilidade de infectar-se com HIV por compartilhar talheres, copos ou refeições, 88 (96,70%) da amostra afirmou que não há essa possibilidade. O HIV está presente no sangue, sêmen, secreção vaginal e leite materno, e por isso pode ser transmitido por diversas formas: sexual; sanguínea – em receptores de sangue ou hemoderivados e em usuários de drogas injetáveis –; e vertical – da mãe para o filho, durante a gestação, parto ou por aleitamento. Além dessas formas, mais frequentes, também pode ocorrer a transmissão ocupacional, ocasionada por acidente de trabalho, em profissionais da área da saúde que sofrem ferimentos com instrumentos perfuro cortantes contaminados com sangue de pacientes infectados

pelo HIV. Ainda não há na literatura científica publicação de caso confirmado de transmissão do vírus por compartilhamento de talheres, copos ou refeições, pois a baixa infectividade e a sobrevivência do vírus por um curto período fora do organismo humano evidenciam a inexistência desta possibilidade (IQBAL, 1999).

Conclui-se que formas alternativas de transmissão são altamente improváveis, e que a experiência cumulativa é suficientemente ampla para se assegurar enfaticamente que não há qualquer justificativa para restringir a participação de indivíduos infectados nos seus ambientes domésticos, escolares, sociais ou profissionais.

Quando questionadas se uma pessoa com aparência saudável pode estar infectada com o HIV, 89 (97,79%) das mulheres afirmaram que sim. Essa afirmação é verdadeira, pois o período entre a aquisição do HIV e a manifestação da aids pode durar em média de oito a dez anos. Nesse período, o indivíduo, apesar de não apresentar complicações associadas à infecção, continua sendo transmissor do HIV. Dessa forma, o desconhecimento desta fase, aliada à falta de proteção durante o ato sexual, coloca os indivíduos em posição vulnerável para a transmissão do vírus (LAZZAROTTO *et al.*, 2010).

O tratamento (uso de antirretrovirais) adequado e de forma correta possibilita à pessoa infectada pelo HIV conviver com o vírus por um longo período sem apresentar sinais ou sintomas. Muitas pessoas, principalmente os jovens, têm banalizado a doença por acreditarem que ninguém morre de aids, pois se contrair o vírus basta tomar o medicamento, desconhecendo que é uma doença grave, susceptível a adquirir doenças oportunistas, que o tratamento é para resto da vida e os remédios provocam efeitos colaterais (BRASIL, 2006).

Quanto ao uso do preservativo ser a melhor maneira de evitar a transmissão do HIV, 88 (96,70%) das pesquisadas concordaram com essa afirmação. Esse resultado está em conformidade com a pesquisa realizada no Brasil, em que a maior parte da população brasileira entre 15 e 54 anos (98%) afirmou que o uso de preservativo é a melhor forma de se prevenir contra a infecção pelo HIV (BRASIL, 2011), o que está em concordância com as evidências científicas.

O uso do preservativo é uma das mais importantes armas na luta contra a aids. Estudos laboratoriais e epidemiológicos mostram que o preservativo é efetivo contra uma ampla variedade de DST, incluindo a infecção pelo HIV, pois ele impede o contato entre os fluidos corporais e eventuais fissuras, barrando, dessa maneira, o

caminho de entrada do vírus no corpo humano. O Ministério da Saúde reconhece que, ao longo da epidemia no Brasil, até os dias de hoje, cerca de 70% dos casos de aids foram decorrentes da infecção por relações sexuais sem preservativo (BRASIL, 2002).

No entanto, de acordo com o Ministério da Saúde, o uso desse insumo de prevenção teve um crescimento de mais de 45% entre 2010 e 2011, saindo de 333 milhões para 493 milhões de unidades distribuídas gratuitamente para os serviços de saúde de todo o país, desde 1994, quando o Brasil iniciou a política de distribuição de preservativos (BRASIL, 2014b).

Algumas práticas sexuais são consideradas de menor ou maior risco, por possibilitarem maior ou menor chance de infecção, e o sexo com camisinha aparece como uma prática de menor risco para prevenção do HIV/Aids, perdendo apenas para sexo sem penetração e abstinência sexual, conforme apresentado na figura abaixo.



Fonte: BRASIL, 2002

Figura 2 - Hierarquia de prevenção do HIV/Aids, segundo os diferentes tipos de práticas sexuais

Na questão sobre o risco de transmissão do HIV ser reduzido se uma pessoa tiver relação sexual somente com a parceira fiel e não infectada, 50 (54,93%) das mulheres participantes consideraram essa afirmativa como verdadeira. Dados do Ministério da Saúde de 2008 também apontaram o uso menos frequente de preservativo entre parceiros fixos (20%) em comparação com o uso entre parceiros casuais (60%) (FERREIRA, 2008).

O não uso do preservativo em relação sexual com parceiros fixos é atribuído ao preconceito que estes carregam de que o seu uso está associado à prostituição, promiscuidade e a relações extraconjugais. Há outra questão que pode ser apontada, a não utilização de preservativo com parceiros fixos é muitas vezes considerada pelos casais como uma forma de demonstrar fidelidade. Para Maia, Guilhem e Freitas (2014), outros argumentos também podem ser elencados para o não uso de preservativos entre casais de parceiros fixos, como: o fato de a companheira não gostar de utilizar preservativo; realização prévia de exames anti-HIV, o que conferia segurança à relação; além da própria submissão feminina nas relações conjugais e outras questões culturais.

Sabe-se que qualquer relação sexual sem o uso do preservativo expõe o indivíduo ao risco, tornando-o vulnerável à aquisição não só do HIV, mas de outras DST. No entanto, esse risco é diminuído se a relação for com parceiro fiel e não infectado.

A maioria das mulheres investigadas demonstrou conhecimento sobre a prevenção e transmissão do HIV/Aids; no entanto, esse conhecimento não garante o uso do preservativo em suas relações sexuais.

Reis, Melo e Gir (2016) descrevem que os serviços de saúde devem estar estruturados para ir além da garantia de distribuição de preservativos, devendo incluir os aspectos da vida sexual, bem como assistência voltada para os aspectos preventivos, visto que o fato do preservativo ser distribuído gratuitamente não elimina as barreiras de cunho cultural, social e emocional que implicam em práticas sexuais desprotegidas. É necessário também, investir em alternativas e ampliar as opções dos métodos de proteção para as mulheres que fazem sexo com mulheres, que não se limite a oferta do preservativo feminino, devido às especificidades das suas práticas sexuais.

No que se refere à questão sobre a não existência da cura para a aids, 64 (70,33%) das mulheres concordaram com essa proposição, demonstrando que elas

sabem que a aids é uma doença ainda incurável.

Sabe-se que novas estratégias de prevenção surgem como ferramentas complementares no enfrentamento da epidemia de HIV, ampliando as opções que os indivíduos terão para se prevenir contra o vírus e oferecendo mais alternativas – cientificamente eficazes – em relação à única opção disponível até pouco tempo atrás: o preservativo. Entre as novas estratégias para a prevenção da transmissão do HIV, destacam-se o uso do Tratamento como prevenção (TASP, em inglês, ou TcP, em português), a Profilaxia Pós-exposição (PEP) e a Profilaxia Pré-exposição (PrEP).

O TASP é o uso de medicamentos antirretrovirais. Esses medicamentos fazem com que as pessoas vivendo com HIV/Aids alcancem a chamada “carga viral indetectável”. Evidências científicas têm mostrado que pessoas vivendo com HIV/Aids e que possuem carga viral indetectável, além de obterem melhora significativa na qualidade de vida, têm uma chance muito menor de transmitir o vírus à outra pessoa. O estudo PARTNER, recente e respeitado, complementa estas evidências. Ele só será concluído em 2017, mas os dados já divulgados mostraram que nenhum paciente com carga viral indetectável – gay ou heterossexual – transmitiu o HIV ao parceiro sorodiscordante nos primeiros dois anos do estudo (AIDSMAP, 2014).

Diante dos benefícios diretos e indiretos que a terapia antirretroviral traz tanto para as pessoas que vivem com HIV quanto para a dinâmica de resposta à epidemia, diversos organismos, agências e a academia internacional decidiram apoiar a ampliação do acesso ao tratamento para todas as pessoas com HIV, independentemente do nível do CD4.

A PEP é a utilização da medicação antirretroviral após qualquer situação em que exista o risco de contato com o vírus HIV. A medicação age impedindo que o vírus se estabeleça no organismo – por isso a importância de se iniciar esta profilaxia o mais rápido possível após o contato: em até 72 horas, sendo o tratamento mais eficaz se iniciado nas duas primeiras horas após a exposição. Esquema preferencial para PEP é o Tenofovir (TDF) + Lamivudina (3TC) + Atazanavir/ritonavir (ATV/r) que deve ser seguido por 28 dias (BRASIL, 2015b).

A PrEP é a utilização do medicamento antirretroviral pelos indivíduos que não estão infectados pelo HIV, mas se encontram em situação de elevado risco de infecção. Com o medicamento já circulante no sangue no momento do contato com

o vírus, o HIV não consegue se estabelecer no organismo. Evidências comprovaram que a PrEP se trata de uma estratégia eficaz, com mais de 90% de redução da transmissão e sem nenhuma evidência de compensação de risco. No Brasil, a PrEP ainda não é disponibilizada gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que dois estudos estão sendo desenvolvidos para avaliar a aceitabilidade e aplicabilidade do recurso em relação a população e a rede de saúde pública (UNAIDS, 2014).

Na questão sobre uma pessoa estar usando medicamento para aids ter menos risco de transmitir o HIV para outra pessoa, 54 (59,34%) das mulheres pesquisadas responderam que não concordavam com a afirmativa. Mas a afirmativa é verdadeira, pois a instituição precoce da terapia antirretroviral (TARV) vem sendo demonstrada como ferramenta importante na redução da transmissão do HIV. Pessoas com reconstituição imune, em uso de TARV, que mantêm contagens de LT-CD4+ acima de 500 células/mm<sup>3</sup> e carga viral indetectável, atingem expectativa de vida semelhante à da população geral (BRASIL, 2015b).

E no que se refere à aids ser uma doença crônica e controlada, 70 (76,92%) das mulheres concordaram com a afirmação. A aids é a manifestação clínica avançada da infecção pelo HIV e caracteriza-se pela depleção das células com marcador fenotípico CD4+, principalmente os linfócitos T, o que leva à imunodepressão e ao conseqüente desenvolvimento de doenças oportunistas e outras complicações, tais como complicações no sistema nervoso central.

A maioria das mulheres – 45 (49,45%) – afirmou que o seu conhecimento sobre prevenção e transmissão do HIV/Aids não é o suficiente para se prevenir. Para o Ministério da Saúde, muitas mulheres, sejam lésbicas ou não, ainda desconhecem o próprio corpo, seus direitos humanos, sexuais e reprodutivos e as diferentes especificidades de sua saúde. Ainda é possível encontrar mulheres que nunca ouviram falar de suas doenças específicas ou da necessidade de realizar exames ginecológicos e de prevenção periódicos e regulares (BRASIL, 2002).

Sobre a adoção de métodos para prevenir a transmissão do HIV, a maioria das mulheres – 58 (63,75%) – informou que adota métodos de prevenção. Alguns comportamentos que podem colocar em risco a infecção ao HIV/Aids em mulheres que fazem sexo com mulheres, incluem a partilha de brinquedos sexuais ou lâminas de barbear, ter relações no período menstrual, escovar os dentes ou utilizar o fio dental imediatamente antes do sexo oral, retirar cutículas das unhas

antes da relação sexual penetrativa com os dedos ou comportamentos sexuais que resultem em ruptura na pele e/ou mucosas (FISHMAN; ANDERSON, 2003).

No que se refere ao questionamento se duas pessoas infectadas com o HIV devem usar preservativo nas relações sexuais, 65 (71,43%) das entrevistadas concordaram com essa afirmação. É comum que casais soroconcordantes não adotem o uso do preservativo em todas as relações sexuais por considerá-lo desnecessário, mas há risco de transmissão de cepas do HIV resistentes aos antirretrovirais.

O uso do preservativo é importante, pois se uma das parceiras tem resistências, especialmente se tem uma carga viral detectável, estas podem ser transmitidas. Isso teria como consequência a perda de oportunidade de usar no futuro os medicamentos para os quais o HIV é resistente. Reis, Melo e Gir (2016) afirmam que o uso consistente do preservativo é uma medida preventiva importante entre casais sorodiscordantes e soroconcordantes, pois tem o objetivo de evitar reinfecção de cepas já resistentes aos antirretrovirais, diminuir carga viral durante as relações sexuais e evitar a transmissão de outras infecções sexualmente transmissíveis

Sobre a relação sexual sem penetração não reduzir o risco de transmissão do HIV, 47 (51,65%) das mulheres concordaram com essa afirmação, sendo que a mesma é verdadeira. Algumas formas de sexo sem penetração podem ser de risco para infecção do HIV e DST. Qualquer contato pênis-vagina, pênis-vulva, pênis-ânus, pênis-boca, vulva com a boca é considerado um contato sexual e todas essas práticas podem transmitir o HIV. Nestes contatos sexuais, o pênis deve estar protegido pelo preservativo masculino.

Das 91 mulheres entrevistadas, 88 (96,70%) afirmaram que a aids não é uma doença que ocorre somente em homossexuais masculinos, prostitutas e usuários de drogas. Essa afirmação remete ao que se afirmava no início dos anos 1980, quando a epidemia se restringia às áreas metropolitanas da região Sudeste, aos homens que faziam sexo com homens, aos hemofílicos, aos hemotransfundidos e aos usuários de drogas injetáveis, denominados na época como grupos de risco.

O conceito de risco estava atrelado às políticas e práticas preventivas direcionadas a populações específicas, acarretando invariavelmente a conotações discriminatórias e estigmatizantes. Para Ayres (1999), o conceito de risco relaciona-se às chances probabilísticas de susceptibilidade de um determinado grupo à

infecção, desvinculando as suas práticas de saúde das práticas sociais e históricas e, conseqüentemente, desconhecendo as condições que pode deixá-lo em situação de vulnerabilidade e de exposição ao adoecimento.

Com o avanço dos estudos epidemiológicos e a ampliação dos casos de aids para além das populações consideradas de risco, houve a necessidade de que a relação entre risco e intervenções em saúde avançasse para além da suscetibilidade e exposição, surgindo o conceito de vulnerabilidade. Dessa forma, o conceito adotado atualmente é o de "vulnerabilidade", pois abrange a percepção do adoecimento como resultado de um conjunto de aspectos, não apenas individuais, mas também coletivos e contextuais, que acarretam maior suscetibilidade ao sujeito (AYRES, 2009).

Nesse sentido, Ayres *et al.* (2006) propuseram três categorias de vulnerabilidade para explicar a exposição de determinadas populações ao risco para adoecimento – as vulnerabilidades individual, social e programática. A vulnerabilidade individual compreende os aspectos biológicos, emocionais, cognitivos, atitudinais e referentes às relações sociais. A social é caracterizada por aspectos culturais, sociais e econômicos que determinam as oportunidades de acesso a bens e serviços. A programática refere-se aos recursos sociais necessários para a proteção do indivíduo a riscos, à integridade e ao bem-estar físico, psicológico e social. Nesse contexto, no momento atual, a vulnerabilidade depende da combinação dos elementos das três categorias e também das experiências relativas a cada um deles, no passado, e de como as pessoas lidaram e lidam com as facilidades e as dificuldades da vida.

Portanto, no que diz respeito ao HIV/Aids, as condições que vulnerabilizam a pessoa ao adoecimento não são decorrentes de pertencer a um determinado grupo ou do seu comportamento de risco e, sim, do conjunto de aspectos da sua vida particular e coletiva, das suas condições socioambientais e, ainda, das respostas que as instituições público-sociais podem dar às suas necessidades de saúde. Dessa forma, a maioria das mulheres demonstrou conhecimento no que se refere à questão envolvendo “grupo de risco”.

Observa-se que 51 (56,04%) das mulheres entrevistadas já usaram preservativo feminino. Essa resposta é considerada muito adequada, pois demonstra o interesse dessas mulheres na busca da adoção de práticas saudáveis.

Para o Ministério da Saúde, não há nas relações sexuais entre duas

mulheres nada que as torne imunes a quaisquer doenças. Provavelmente, o baixo nível de DST apresentado por essa população, deve-se ao fato de as relações se darem, geralmente, com uma única parceira por períodos de tempo prolongados, favorecendo a baixa disseminação de doenças. Mulher que se relaciona com mulher, que tem várias parceiras, em curto período de tempo, e que não pratica sexo seguro, tem o mesmo risco de infectar-se como qualquer outro segmento populacional. Dessa forma, as DST também podem estar vinculadas às relações lésbicas, incluindo o HIV/Aids (BRASIL, 2002). No entanto, 40 (43,96%) das mulheres pesquisadas afirmaram que nunca usaram o preservativo feminino. Como já foi dito anteriormente, as relações entre mulheres também possibilitam a transmissão de DST e o uso do preservativo ajuda a preveni-las.

É recomendado, para sexo seguro entre mulheres, o uso de luvas de látex para penetração digital e de barreira também de látex, feitas a partir de camisinhas, para a prática do sexo oral, pois as evidências demonstram que há transmissão de DST entre mulheres, tais como tricomoníase, papilomavírus humano, herpes simples e hepatite B. A vaginose bacteriana e a candidíase, apesar de não serem consideradas DST, podem aumentar em até três vezes a transmissão do HIV, assim como as demais DST, pois essas infecções causariam um processo inflamatório local, um acúmulo de linfócitos pelos quais o vírus HIV tem maior tropismo. Por isso, é importante que as práticas sexuais de grande incidência, tais como o tribadismo, o sexo oral, a penetração e até mesmo a manipulação genital, mereçam mais atenção para prevenção de DST e HIV (ALMEIDA, 2009).

Dentre as mulheres entrevistadas, 59 (64,83%) informaram que mantiveram relações sexuais casuais com mulheres no último mês. Para Jacobowski, Jung e Trevisol-Schelter (2010), nos dias atuais, os casamentos acontecem mais tardiamente, o início da vida sexual, mais precocemente, e a troca de parceiros sexuais, ou relações sexuais com múltiplos parceiros simultaneamente, são fatos muito frequentes. No entanto, sabe-se que quanto maior a quantidade de parceiros, maiores são as chances de transmissão e aquisição de DST e HIV/Aids.

A maioria das mulheres pesquisadas – 55 (60,44%) – já teve relação sexual desprotegida durante a menstruação. Essa prática é considerada muito inadequada, pois é sabido que o HIV está presente nos fluidos corporais, tais como esperma, secreções vaginal e anal, e sangue. É sabido, também, que as mucosas oral, vaginal e anal quase sempre apresentam fissuras durante a relação sexual, e

se essa relação for praticada de forma desprotegida, possibilitará a transmissão do HIV. Apesar de a maioria das mulheres demonstrar conhecimento sobre as formas de prevenção e transmissão do HIV/Aids, esse conhecimento não se traduziu em prática.

A maioria das mulheres – 50 (54,94%) – respondeu que compartilha acessórios com a parceira durante a relação sexual. Uma pesquisa realizada pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e coordenada pelo médico Valdir Monteiro Pinto, com 145 lésbicas entre 18 e 61 anos de idade, revelou que apenas 2% delas utilizam métodos preventivos durante a relação sexual com outra mulher. Das 136 participantes que fizeram o teste para HIV, 2,9% tiveram diagnóstico positivo, mas todas já conheciam sua condição sorológica. Na pesquisa, 33,1% das lésbicas informaram que utilizam acessórios durante a relação sexual. Destas, 70,8% utilizam pênis de borracha e 45,8% os compartilham. Apenas 54,5%, porém, trocam a camisinha ao dividir os objetos com outra pessoa (PINTO *et al.*, 2005).

Para Pinto *et al.*, (2005), as mulheres justificam que mantêm relações sem proteção porque não têm noção do risco, confiam nas parceiras e desconhecem métodos de prevenção do sexo oral feminino. No entanto, os autores relatam que, nesse caso, pode ser usada a camisinha convencional – cortada verticalmente –, uma proteção de látex vendida em casas de material odontológico ou um protetor de língua. Para quem utiliza acessórios como vibradores, pênis de borracha e brinquedos sexuais, o uso do preservativo comum é fundamental, principalmente se os objetos forem compartilhados.

No que se refere à realização do teste para HIV, a maioria das mulheres – 53 (58,24%) – informou que já fez o teste do HIV alguma vez na vida. Na Conferência Internacional de Aids que aconteceu em Melbourne, em 2014, foi lançado o relatório global 2014, que mostra que 19 milhões dos 35 milhões de pessoas vivendo com HIV no mundo não sabem seu *status* HIV-positivo.

Outro estudo apontou que 57% das mulheres lésbicas relataram que nunca estiveram em situação de risco para contrair o HIV, e 43% acreditaram na possibilidade de se tornarem soropositivas. No entanto, as taxas de HIV em mulheres lésbicas sul-africanas são muito altas. Para alguns autores, essas taxas podem ser atribuídas a casos de estupro, violência sexual, parceiras bissexuais e relação sexual desprotegida com homens (WELLS; KRUGER; JUDGE, 2006).

Nos Estados Unidos, de 67% das participantes de uma pesquisa que se

autodeclararam soronegativas, apenas 34% haviam sido testadas nos últimos três anos e 33% nunca foram testadas. Isso sugere que essas mulheres não têm interesse em saber seu estado sorológico ou que elas assumiram ser HIV negativo sem nunca terem sido testadas. Provavelmente por acreditarem que estão imunes ao HIV devido ao seu comportamento sexual ou que a monogamia elimina a possibilidade de contrair o vírus (FISHMAN; ANDERSON, 2003).

No entanto, há outra questão que pode ser levantada. Para a lésbica, divulgar o seu *status* positivo para HIV é comprometer sua orientação sexual, pois dessa forma não poderia explicar a infecção a sua parceira, que relacionaria a mudança do seu estado sorológico a um relacionamento com o gênero masculino, e assim romperia a honesta comunicação que garante a confiança interpessoal entre elas.

Para Dolan e Davis (2003), dentro da comunidade lésbica, como em muitos contextos heterossexuais, DST e HIV/Aids podem ser vistos como símbolos de infidelidade, deslealdade e promiscuidade, podendo estigmatizar as lésbicas em decorrência da suposta imunidade identitária sexual; então, se alguém no grupo revela o seu estado sorológico positivo para HIV, pode estar comprovando a sua bissexualidade.

Embora não haja evidência de que as mulheres lésbicas possam ser infectadas com o HIV em relações sexuais com outras mulheres, muitas soropositivas relatam que mantêm relações sexuais exclusivamente com suas parceiras. No entanto, as mulheres, independente da sua orientação sexual, estão em risco para HIV, pois o que as vulnerabiliza é o seu comportamento de risco e não a sua identidade sexual.

Jovens gays, lésbicas e bissexuais foram pesquisados nos Estados Unidos e os resultados mostraram que um terço dos participantes praticava sexo anal e vaginal sem preservativo, sendo que um em cada quatro jovens apresentou pelo menos um comportamento de risco para o HIV; e desses, um terço não havia feito teste para o vírus. Essa pesquisa demonstra que esses jovens estão em alto risco para infecção pelo HIV e que muitas vezes não realizam o teste (CHAN *et al.*, 2012).

O teste para HIV é realizado gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), nas unidades da rede pública e nos Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA. No Piauí existe CTA em Parnaíba, Picos, Floriano, Piripiri e Teresina. Nesses

centros, há o aconselhamento, antes e após a realização do teste, para facilitar a correta interpretação do resultado pelo usuário. Também é possível saber onde fazer o teste pelo Disque Saúde (136). Nos demais municípios do estado, a testagem rápida para o HIV está sendo absorvida pela Estratégia Saúde da Família<sup>8</sup>.

Os profissionais de saúde da atenção básica dos 11 territórios do estado, estão sendo capacitados para realizarem o teste rápido desde 2012 e, o mesmo deve ser oferecido a todos sem distinção.

Dentre as entrevistadas, 62 (68%) apresentaram conhecimento regular sobre a prevenção e transmissão do HIV/Aids, 22 (24%) demonstraram pouco conhecimento, e 7 (8%), não souberam ou não quiseram responder. E no que se refere à atitude, a maioria da população investigada demonstrou ter atitude positiva relacionada à prevenção e transmissão do HIV/Aids, 57 (63%), sendo que uma parcela considerável – 27 (30%) – demonstrou atitude negativa, e o restante, 7 (7%) não souberam ou não quiseram responder. Com relação as práticas verificou-se que grande parte das mulheres investigadas tem uma prática relacionada à prevenção e transmissão do HIV/Aids considerada adequada – 48 (53%), e 43 (47%) têm práticas inadequadas.

Ao relacionar o conhecimento, as atitudes e as práticas com as variáveis faixa etária, renda mensal, grau de escolaridade e religião, observou-se que não houve associação significativa com faixa etária e renda mensal ( $p > 0.05$ ); no entanto, houve associação com grau de escolaridade e religião.

A relação entre escolaridade e conhecimento sobre prevenção e transmissão do HIV/Aids, nessa pesquisa, pode ser explicada pelo alto grau de instrução da maioria das mulheres entrevistadas. Em estudo realizado por Santos *et al.* (2009), foi verificado que as mulheres com menor escolaridade são mais vulneráveis a se infectarem com HIV.

Levantamento da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, com base nos dados do Centro de Referência e Treinamento (CRT) em DST/Aids, aponta que quanto maior o nível de escolaridade, maior é a procura por testes gratuitos de HIV na rede pública. Das 5,6 mil pessoas que realizaram exames no CRT em 2011, 45,9% declararam ter estudado 12 anos ou mais, com ensino superior completo, e

---

<sup>8</sup> Karinna Alves Amorim de Sousa. Coordenadora do Programa Estadual de DST/Aids do Piauí. Informação fornecida por ocasião do III Fórum Estadual de Enfrentamento ao HIV/AIDS no Piauí, realizado em Teresina em dezembro de 2015.

37% estudaram durante oito a 11 anos. Apenas 6,9% dos que fizeram o exame estudaram por sete anos ou menos, o que significa não ter concluído nem mesmo o ensino fundamental. Os demais não souberam informar por quanto tempo estudaram (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO, 2012).

Para Fonseca (2000), a epidemia de aids no Brasil inicia seu percurso entre indivíduos de grau de escolaridade elevado, mas em seguida passa a se disseminar entre indivíduos de baixo grau de escolaridade, havendo uma evidente relação entre vulnerabilidade e acesso regular à escola.

O aumento da escolaridade está associado à diminuição das práticas de risco para a transmissão das DST, e a baixa escolaridade tem sido utilizada como indicador da pauperização das pessoas acometidas pelas DST, sendo mais evidente entre as mulheres, o que corresponde ao processo de feminização da epidemia. Dados epidemiológicos têm mostrado que, na região Sudeste do Brasil, a maioria dos casos de DST entre mulheres se manifesta entre as que apresentam baixa escolaridade, entre ensino fundamental incompleto ou ensino médio completo (BRASIL, 2014a).

Pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, em 2008, de conhecimento, atitudes e práticas da população brasileira sobre DST/HIV/AIDS, mostrou, também, que o maior grau de escolaridade implica um maior conhecimento sobre o tema (BRASIL, 2011). Para Rodrigues Junior e Castilho (2004), o elevado número de casos em estratos de menor escolaridade remete à deficiência na cobertura dos sistemas de vigilância e de assistência médica, entre os menos favorecidos economicamente.

Os resultados apresentados nesta pesquisa mostram que a escolaridade é uma variável importante, pois reporta a compreensão de que quanto menor o nível educacional, menos acesso às informações essas pessoas têm, apontando que o grau de escolaridade está relacionado com o conhecimento das mulheres entrevistadas sobre a prevenção e transmissão do HIV/Aids, pois a maioria, 68%, apresentou conhecimento considerado regular sobre o tema abordado.

A maioria da amostra estudada era de mulheres católicas e houve associação entre o conhecimento, as atitudes e as práticas dessas mulheres sobre a prevenção e transmissão do HIV/Aids e a religião. Esse resultado pode estar relacionado com a tradição histórica da igreja católica em apresentar uma visão restritiva para o exercício da sexualidade na era do HIV/Aids. Neste sentido, como a

sexualidade situa-se num corpo construído por uma cultura – por crenças, valores e subjetividades –, então a religião, como foi demonstrado nessa pesquisa, tem influência na forma de ser, pensar e agir das mulheres entrevistadas.

Para Peters e Bennett (2003, p. 31), “A ciência e a religião são onipresentes na sociedade humana, elas permeiam a existência humana e se interpenetram”. Assim, podemos pensar na questão da sexualidade humana como algo ligado às construções sociais e, portanto, não desvinculada da religião, que se mantém com um papel regulador da moral nas sociedades.

Ainda em relação à sexualidade, a visão religiosa tradicional não sofreu mudanças significativas, pois, de acordo com ela, as pessoas podem exercer a sua sexualidade de modo “normal”, que é a heterossexualidade, ou de modo “anormal”, que é qualquer forma que não seja a heterossexual, considerados por ela como desvios sexuais. Nesse sentido, esses desvios são vistos sob a ótica da possessão demoníaca e, se a questão é possessão de espíritos malignos, subentende-se que após o exorcismo a cura será imediata. Também são vistos sob a ótica da imoralidade e do desvio de caráter – exigindo-se do pecador arrependimento e busca de santidade –, ou ainda sob a ótica médica como desvio de personalidade e comportamento; nesse caso, orienta-se a procura de um profissional, geralmente um psicólogo (PETERS; BENNETT, 2003).

Essa visão da religião sobre o exercício da sexualidade é um discurso geracional e que pode influenciar conhecimentos, atitudes e práticas de mulheres que fazem sexo com mulheres. Para Prado e Machado (2008), as normas que garantem a heterossexualidade podem não ser escritas nem explícitas, mas são sutis, onipresentes e inflexíveis. Fazem parte do contexto social, em que o mais rápido deslize é recriminado e punido por um conjunto de disposições e práticas de controle e regulação do corpo-espécie.

## *6 CONCLUSÃO*

---

Esta pesquisa foi norteada pela tese de que parte das mulheres que fazem sexo com mulheres desconhece as formas de prevenção e transmissão do HIV, e que, por conta disso, têm atitudes e práticas que podem contribuir para a propagação deste, tornando-as vulneráveis. Essa tese foi parcialmente aceita, pois os resultados apresentados na pesquisa mostraram que 68% da amostra estudada foi classificada com “conhecimento regular” sobre as formas de prevenção e transmissão do HIV.

Quanto às atitudes em relação à transmissão e prevenção do HIV/Aids, a amostra pesquisada obteve escores mais elevado na classificação “atitudes positivas” (63%), seguida por “atitudes negativas” (30%).

Apesar de a maioria das mulheres pesquisadas apresentar conhecimento regular e atitudes classificadas como positivas em relação à transmissão e prevenção ao HIV/Aids, os resultados, do ponto de vista de autoproteção, apontaram para quase metade da amostra (47%) apresentar práticas “inadequadas”. Observou-se que o conhecimento não tem provocado uma mudança de prática significativa, demonstrando em alguns momentos uma incoerência cognitiva.

É de fundamental importância o diagnóstico desses aspectos para o planejamento das políticas públicas, no intuito de contribuir para a formulação de ações efetivas e eficientes envolvendo as formas de prevenção e de transmissão do HIV/Aids voltadas para essa população.

Este estudo pode colaborar para a discussão e validação do roteiro CAP como método adequado para explorar o conhecimento, atitudes e práticas na saúde em mulheres que fazem sexo com mulheres. No entanto, é importante não só avaliar os conhecimentos, atitudes e práticas, mas também investigar o que pode estar interferindo para que o conhecimento adquirido por essas mulheres não seja convertido em práticas adequadas.

É importante que as políticas públicas garantam investimentos em ações mais abrangentes para a promoção da saúde integral das mulheres que fazem sexo com mulheres, juntamente com políticas públicas intersetoriais articuladas para a redução das desigualdades socioeconômicas de gênero, de promoção da autonomia econômica e financeira e empoderamento dessas mulheres, reconhecendo e protegendo a garantia do seu direito formal à autonomia e à liberdade sobre o seu corpo e sexualidade, em todas as fases da vida como dimensão fundamental da vida e saúde.

Diante dessa conclusão, sugerem-se as seguintes ações direcionadas para as mulheres que fazem sexo com mulheres e as formas de transmissão e prevenção do HIV/Aids:

- Inserção da educação sexual nos currículos de graduação nas diversas áreas do conhecimento, em especial na área da saúde, para sensibilizar os futuros profissionais e prepará-los para a não presunção da heteronormatividade nos serviços de saúde; pois essa presunção termina por invisibilizar as MSM, afastando-as e deixando-as vulneráveis às diversas doenças, não somente ao HIV/Aids;
- Implantar e manter política de educação permanente com estratégias de educação sexual para os profissionais de saúde nas diversas áreas de atenção, para sensibilizá-los e capacitá-los a atender as MSM com atitudes não discriminatórias;
- Divulgar a Política de Atenção a Saúde Integral da População LGBT, em eventos científicos e não científicos, para dar visibilidade às questões de saúde que envolvem essa população.
- Incentivar a realização de pesquisas científicas e tecnológicas voltadas para a assistência à saúde das MSM que demonstrem suas especificidades de agravo à saúde
- Incentivar a produção e o desenvolvimento de novos insumos de prevenção das DST/HIV/AIDS que contemplem as necessidades de saúde das MSM
- Garantir, no âmbito dos serviços de saúde, a inclusão de MSM nos diversos cenários do cuidar para que tenham assegurados seus direitos de cidadania e liberdade de orientação sexual e ações efetivas de promoção à saúde.

## *REFERÊNCIAS*

---

ABBAS, A. K.; LICHTMAN, A. H.; POBER, J. S. **Imunologia Celular e Molecular**. 4. ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2002.

ABDO, C. **Mosaico Brasil**. Faculdade de Medicina de Universidade de São Paulo. Projeto Sexualidade (PROSEX) USP, 2008. Disponível em: <[http://sites2.uai.com.br/tva/ja2/projeto\\_mosaico\\_brasil\\_coletiva\\_rj\\_mg.pdf](http://sites2.uai.com.br/tva/ja2/projeto_mosaico_brasil_coletiva_rj_mg.pdf)>. Acesso em: 18 set. 2014.

AIDSMAP. **No-one with an undetectable viral load, gay or heterosexual, transmits HIV in first two years of PARTNER study**. Disponível em: <<http://www.aidsmap.com/page/2832748/>>. Acesso em: 22 dez.2015.

ALBUQUERQUE, E. M. **Avaliação da técnica de amostragem “Respondent-driven Sampling” na estimação de prevalências de Doenças Transmissíveis em populações organizadas em redes complexas**. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP; Rio de Janeiro: Ministério da Saúde – Fiocruz, 2009. Dissertação de Mestrado, 99p.

ALMEIDA G. Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e Aids entre mulheres que se autodefinem como lésbicas. **Physis**, v. 19, n. 2, p. 301-331, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312009000200004&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000200004&lng=en)>. Acesso em: 21 jul. 2015.

ALVARENGA, M. A. S.; FLORES-MENDOZA, C. E.; GONTIJO, D. F. Evolução do DSM quanto ao critério categorial de diagnóstico para o distúrbio da personalidade antissocial. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 4, 2009. . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852009000400007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852009000400007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 jun. 2014.

ANJOS, G. Identidade sexual e identidade de gênero: subversões e permanências. **Sociologias**, v. 4, n. 1, p. 274-305, 2000.

ARAÚJO, T. M. E. de. **Vacinação infantil**: conhecimentos, atitudes e práticas da população da área Norte/Centro de Teresina/PI. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery, 2005. 132 f.

ARAÚJO, C. L. F; SIGNES, A. F.; ZAMPIER, V. S. B. O cuidado à puérpera com hiv/aids no alojamento conjunto: a visão da equipe de enfermagem. **Esc. Anna Nery (Imp.)**, v. 16, n. 1, p. 49-56, Jan/Mar, 2012.

AYRES, J. et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND, J. R. M.; CARVALHO, Y. M. (org). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Editora Fiocruz; 2006, p. 375-417.

AYRES, J. R. C. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZRERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p. 121-43.

AYRES, J. C. R. M. et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de aids. In: BARBOSA, R.; PARKER, R. (org.). **Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: IMS; UERJ; São Paulo: Editora 34, 1999, p. 49-72.

BALSAM, K. F. et al., Three-year follow-up of same-sex couples who had civil unions in Vermont, same-sex couples not in civil unions, and heterosexual married couples. **Development Psychology**, Washington/EUA, v.44, n. 01, p. 102-16, 2008.

BARBOSA, R. M.; FACCHINI, R. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, sup 2, p. S291-300, 2009.

BARBOSA, M. J. G.; MORAES, S. S. **A vulnerabilidade ao HIV/AIDS de mulheres casadas ou em união estável**. Universidade Estadual da Paraíba, 2009.

BARBOSA, R. M.; KOYAMA, M. A. H. Mulheres que fazem sexo com mulheres: algumas estimativas para o Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p.1511-4, 2006.

BORGES, L. S. Visibilidade lésbica: um comentário a partir de textos da mídia. **Sexualidade, Gênero e Sociedade**, edição especial, (23, 24, 25), p. 20-21, 2005.

BRANDÃO, D. V. C. **Parcerias homossexuais**: aspectos jurídicos. São Paulo: RT, 2002.

BRASIL. Presidência da República Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 02 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial, n. 869, de 11 de agosto de 1992**. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/interministerial/12948-869.html>>. Acesso em: 10 de maio 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996**. Dispõe sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. 1996a Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>>. Acesso em: 15 de out. 2014.

BRASIL. **Lei n.º 9.313 de 13 de novembro de 1996**. 1996b. Dispõe sobre a Distribuição Gratuita de Medicamentos aos Portadores do HIV e Doentes de AIDS. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/assistencia/lei9313.htm>>. Acesso em: 14 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Terapia Anti-retroviral e Saúde Pública: Um balanço da experiência brasileira**. Brasília; 1999

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de DST/aids**: princípios e diretrizes / Coordenação Nacional de DST e Políticas e diretrizes de prevenção das DST/aids entre mulheres/Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Guia de Prevenção das DST/Aids e Cidadania para Homossexuais**/Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Combate à Discriminação. **Brasil Sem Homofobia**: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil\\_sem\\_homofobia.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_sem_homofobia.pdf)>. Acesso em: 15 de jun. 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. **Brasil sem Homofobia**: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e de promoção da cidadania homossexual. Brasília, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira**. Brasília, 2005. Disponível em:

---

<<http://www.aids.gov.br/publicacao/2005/pesquisa-de-conhecimentos-atitudes-e-praticas-na-populacao-brasileira-pcap-2004>>. Acesso em 12 mar. 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **HIV/AIDS, hepatites e outras DST**. Cadernos de Atenção Básica, Brasília n. 18, 2006. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcd18.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/publicacao/plano-integrado-de-enfrentamento-da-feminizacao-daepidemia-de-aids-e-outras-dst>>. Acesso em: 15 de maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais**. Brasília, 2010. Disponível em: <[http://www.abgl.org.br/docs/PoliticaNacional\\_SaudeIntegral\\_LGBT.pdf](http://www.abgl.org.br/docs/PoliticaNacional_SaudeIntegral_LGBT.pdf)>. Acesso em: 14 de jun.2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira de 15 a 64 anos 2008**. Brasília, 2011. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2009/40352/pcap\\_2008\\_f\\_pdf\\_13227.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2009/40352/pcap_2008_f_pdf_13227.pdf)>. Acesso em: 02 abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012**. 2012a. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2014.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Classificação Brasileira de Ocupações**. 2012b. Disponível em: <http://www.mtecbo.gov.br/cbsite/pages/regulamentacao.jsf>>. Acesso em: 12 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Portal sobre aids, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais. **História da Aids**. 2013a. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/historia-da-aids>>. Acesso em: 21 maio 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Manual Técnico para diagnóstico da infecção para diagnóstico da infecção pelo HIV**. Brasília, 2013b. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_tecnico\\_diagnostico\\_infeccao\\_hiv.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_diagnostico_infeccao_hiv.pdf)>. Acesso em: dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, **Aids e Hepatites Virais. Boletim epidemiológico: Aids e DST**. Brasília, 2014a. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56677/boletim\\_2014\\_1\\_pdf\\_60254.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56677/boletim_2014_1_pdf_60254.pdf)>. Acesso em 20 fev. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Diagnóstico laboratorial de doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o vírus da imunodeficiência humana**, 2014b. Disponível em <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85343/7/9789241505840\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85343/7/9789241505840_por.pdf)> Acesso em 12 abr.2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST-Aids. **Boletim Epidemiológico Aids - DST**. Brasília: Ministério da Saúde; 2015a. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/publicacao/2015/boletim-epidemiologico-2014>>. Acesso em 12 abr. 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV/** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília, Ministério da Saúde, 2015b

BRITO, F. A. **União afetiva entre homossexuais e seus aspectos**. São Paulo: LTr, 2000.

CARNEIRO, A. J. S.; COELHO, E. A. C. de. Aconselhamento na testagem anti-HIV no ciclo gravídico-puerperal: o olhar da integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 1217-26, 2010. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v15s1/031.pdf>>. Acesso em: 12 de maio 2014.

CDC. Centers for Disease Controle. CDC HIV/AIDS Fact Sheet. **HIV/AIDS among Women Who Have Sex with Women**, Jun, 2006. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/Hiv/topics/women/resources/factsheets/wsw.htm>>. Acesso em: 22 jan. 2013.

CDC. Centers for Disease Controle, **Likely Female-to-Female Sexual Transmission of HIV**. Texas, 2012. Disponível em:

<<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6310a1.htm>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

CHAN, S. K. et al. **Likely Female-to-Female Sexual Transmission of HIV** — Texas. Weekly, March 14, v. 63, n. 10, p. 209-212, 2012. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6310a1.htm>>. Acesso em: 22 dez. 2015.

CFP – Conselho Federal de Psicologia. **Resolução n.º 001/99 de 22 de março de 1999**. Estabelece normas de atuação para os psicólogos em relação à questão de Orientação Sexual. Disponível em: <[site.cfp.org.br/wp-content/uploads/1999/03/resolucao1999\\_1.pdf](http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/1999/03/resolucao1999_1.pdf)>. Acesso em: 12 dez. 2015.

COSTA, J. F. **A inocência e o vício**: estudos sobre homoerotismo. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

DEWES, J. O. **Amostragem em bola de neve e Respondent-Driven Sampling**: Uma descrição dos métodos. 2013. 53f. Monografia – Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

DINIZ, S. G. Gênero e prevenção das DST's. **Coletivo feminista Sexualidade e Saúde**. 2001. Disponível em: <<http://www.mulheres.org.br/>> acesso em 13 jun. 2014>. Disponível em: <<http://www.fafich.ufmg.br/~verlaine/freudconferencias.pdf>> Acesso em: 14 jun. 2014.

DINIZ, S. G. E; VILELLA, W. V. Interface entre os Programas de Saúde reprodutiva e AIDS: o Caso Brasileiro. In: **Saúde, Políticas e desenvolvimento**: Respostas Frente à AIDS no Brasil. PARKER, R.; GALVÃO, J. (eds). Editora 34, São Paulo, 1999.

DOLAN, K. A; DAVIS, P. W. Nuances and shifts in lesbian women's constructions of STI and HIV vulnerability. **Soc Sci Med**, v. 57, n. 1, p. 25-38, jul, 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12753814>>. Acesso em: 23 dez. 2015.

DOSSIÊ DAS MULHERES COM HIV/aids. **Elementos para construção de direitos e qualidade de vida**. Instituto Patrícia Galvão. Comunicação e Mídia. Dezembro de 2003. Disponível em: <[http://www.giv.org.br/publicacoes/dossie\\_mulheres\\_com\\_hivaida.pdf](http://www.giv.org.br/publicacoes/dossie_mulheres_com_hivaida.pdf)>. Acesso em: 13 jun. 2014.

FAIRCHILD, B.; HAYWARD, N. **Agora que você já sabe**: o que todo pai e toda mãe deveriam saber sobre a homossexualidade. Rio de Janeiro: Record, 1996.

FAUGIER, J.; SARGEANT, M. Sampling hard to reach populations. **J Adv Nurs**, v. 26, n. 4, p. 790-7, out, 1997. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9354993>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

FERNANDES, T. R. **Uniões Homossexuais**: efeitos jurídicos. São Paulo: Método, 2004, p. 31-2.

FERREIRA, M. P. Nível de conhecimento e percepção de risco da população brasileira sobre o HIV/AIDS, 1998 e 2005. **Rev Saúde Pública**, v. 42, n. 1, p. 65-71, 2008.

FISHMAN, J.; ANDERSON, E. Perception of HIV and Safer Sexual Behaviors among Lesbians. **Journal of the Association of Nurses in AIDS Care**, v.14, Issue 6, p. 48-55, 2003.

FONSECA, M. G. et al. Aids e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 77-87, 2000.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade I**: A vontade de saber. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1988.

FREUD, S. **Conferências introdutórias sobre psicanálise**. Conferências I, XVI a XXVIII (p. 1-144). Recuperado em 25 de dez, 2007. (Original publicado em 1917).

FREUD, S. **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade**. Em Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, 1976. v. 6, p. 115-230, Rio de Janeiro: Imago (Original publicado em 1905).

FRY, P; MACRAE, E. **O que é homossexualidade**. Coleção Primeiros Passos. Abril Cultural: Brasiliense, São Paulo, 1985.

GARCIA, O. R. Z. Prática sexual entre mulheres: identidade ou pluralidade sexual? **Cadernos de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências Humanas**, v.1, n. 56, p. 1-20, 2003.

GRANGEIRO, A.; LAURINDO, S. L.; TEIXEIRA, P.R. Resposta à aids no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. **Rev Panam Salud Publica**, v. 26, n. 1, p. 87–94, 2009. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v26n1/13.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2013.

GUTIÉRREZ, N. I. M. Situación de salud sexual y reproductiva, hombres y mujeres homosexuales hospital Maria Auxiliadora. **Revista Peruana de Obstetricia y Enfermería**, v. 3, n. 1, p. 02-16, 2007.

HEILBORN, M. L. Vida a dois: conjugalidade igualitária e identidade sexual. Em **Anais do VIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais**, v.2, p. 143-156, 1992. Recuperado em 15 de dezembro, 2007. Disponível em: <<http://www.sistema.clam.org.br/biblioteca/files>>. Acesso em: 23 mar. 2014.

HERBERT, D. Anotações à margem do viver com Aids. In **Saúde e Loucura**, São Paulo, Hucitec, 1991, n. 3, pp. 3-20.

IBGE. **Censo 2010**. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 12 maio 2014.

IBGE. **Estimativas da população residente no Brasil e unidades da federação com data de referência em 1º de julho de 2015**. Disponível em: <[ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas\\_de\\_Populacao/Estimativas\\_2015/estimativa\\_dou\\_2015\\_20150915.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2015/estimativa_dou_2015_20150915.pdf)>. Acesso em: 16 set. 2015.

IQBAL, M.M. Can we get aids from mosquito bites? **J La State Med Soc**. n. 152, p. 429-33, 1999.

JACOBOWSKI, B.; JUNG, G. S.; TREVISOL-SCHELTER, F. DST - Comportamento de risco para HIV e DST entre professores universitários. **J bras Doenças Sex Transm**, v. 22, n. 4. p. 199-205, 2010.

KALIYAPERUMAL, I. E. C. Guideline for Conducting a Knowledge, Attitude and Practice (KAP) Study. **Commun Ophthalmol**, v. 4, n. 1, p. 7-9, 2004.

KLEIN, C. H.; BLOCK, K. V. Estudos Seccionais. In: MEDRONHO, R. A. *et al.* **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2002.

LACERDA, M.; PEREIRA, C.; AMINO, L. Um estudo sobre as formas de preconceito

contra homossexuais na perspectiva das representações sociais. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 15, n. 1, p. 165-178, 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-79722002000100018&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722002000100018&lng=en)>. Acesso em: 02 jan. 2014.

LAZZAROTTO, A. *et al.*, HIV/aids e meia idade: avaliação do conhecimento de indivíduos da região do Vale do Sinos (RS), Brasil. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1185-1190, Jun, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000700027&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700027&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 26 dez. 2015.

LEAL, A. F.; ROESE, A.; SOUSA, A. S. Medidas de prevención de la transmisión vertical del VIH empleadas por madres de niños seropositivos. **Invest Educ Enferm**, n. 30, v. 1, p. 44-54, 2012.

LEWIS, J. R. **Samples Size Estimation and use Substitute Audiences**. Jan. 3, 2001. Disponível em: <<http://drjim.0catch.com/samsize-ral.pdf>>. Acesso em: 03 mai. 2014.

LIONÇO, T.; DINIZ, D. (orgs.). **Homofobia & Educação**: um desafio ao silêncio. Brasília: Letras Livres: Ed. UnB, 2009.

MAGUEN, S.; ARMISTEAD, L.; KALICHMAN, S. "Predictors of HIV Antibody Testing Among Gay, Lesbian, and Bisexual Youth." **Journal of Adolescent Health**, v. 26, p. 252-257, 2000.

MAIA, C.; GUILHEM, D.; FREITAS, D. Vulnerabilidade ao HIV/ AIDS de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável. **Rev Saúde Pública**, v. 42, p. 242-8, 2008.

MARINHO, L. A. B *et al.*, Conhecimento, atitude e prática do auto-exame das mamas em centros de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, n. 5, p. 576-82, 2003.

MARVIN, C.; MILLER, D. Os casais de lésbicas na entrada do século XXI. Em P. Papp (Org.), **Casais em Perigo**: novas diretrizes para terapeutas. Porto Alegre: Artmed; p. 269-294, 2002.

MATTHEWS, D. D.; BLOSNIICH, J. R.; FARMER, G. W.; ADAMS. B. J. Operational Definition of Sexual Orientation and Estimates of Adolescent Health Risk Behaviors. **LGBT Health**, v.1, n. 1, 2013.

MELLO, L. *et al.* Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. **Sexualidade, Salud e Sociedad**, n. 9, p. 7-28, 2011.

MELO, A. P. L. “**Mulher Mulher**” e “**Outras Mulheres**”: gênero e homossexualidade(s) no Programa de Saúde da Família. / Ana Paula Lopes de Melo. – 2010. 150f. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

MESQUITA, M. **Movimento de mulheres lésbicas no Brasil**: sinalizando algumas conquistas e desafios para o século XX. 2004. Recuperado em 26 de dezembro, 2007. Disponível em: <[http://www.comuniles.org.br/index.php?option=com\\_content&task=view&id=35&Itemid=39](http://www.comuniles.org.br/index.php?option=com_content&task=view&id=35&Itemid=39)>. Acesso em: 13 jun. 2014.

MIASSO, A. L. **Terapêutica medicamentosa**: orientação e conhecimento do paciente na alta e pós-alta hospitalar. 2002, 132f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

MIRANDA, S. A. **Amor entre mulheres**: um estudo sócio-antropológico das relações afetivas entre pessoas do sexo feminino. Monografia de Graduação, Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2001. Disponível em: <<http://www.armariox.com.br/conteudos/cienciaepesquisa.php>>. Acesso em: 12 abr. 2014.

MONTCALM, D. M.; MYER, L. L. Lesbian Immunity from HIV/AIDS: Fact of Fiction? **Journal of lesbian Studies**, v. 4, n. 2, p. 131-47, 2000.

MORA, C. M.; MONTEIRO, S. Homoerotismo feminino, juventude e vulnerabilidade às DSTs/Aids. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 21, n. 3, dez. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-026X2013000300008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2013000300008&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 09 mai. 2014.

MORROW, K. M. Sexual risk in lesbians and bisexual women. **Journal of the gay and lesbian medical association**, v. 4, n. 4, p. 159-65, 2000.

MOTT, L. História da homossexualidade no Brasil: cronologia dos principais destaques. **X Encontro Brasileiro de Gays, Lésbicas e Transgêneros**, Maceió, 2001. Recuperado em 26 de dezembro, 2007. Disponível em: <[http://www.ggb.org.br/cronologia\\_movimento\\_homossexual.html](http://www.ggb.org.br/cronologia_movimento_homossexual.html)>. Acesso em: 12

mai. 2014.

MOTT, L. O jovem homossexual: noções básicas de direitos humanos para professores, professoras e adolescentes gays, lésbicas e transgêneros. **Revista do Mestrado em Educação**, v.7, p. 95-102, 2003.

MOTT, L. **O lesbianismo no Brasil**. Porto Alegre: Mercado Aberto, 1987.

NICHNIG, C. R. "**Para ser digno há que ser livre**": reconhecimento jurídico da conjugalidade entre pessoas do mesmo sexo no Brasil. 2013. 312f. Tese (Doutorado Interdisciplinar em Ciências Humanas) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

PADOIN, S. M. M. Em busca do estar melhor do ser-familiar e do ser-com AIDS. In: PROCHNOW, A. G.; PADOIN, S. M. M.; CARVALHO, V. L. **Diabetes e AIDS: a busca do estar melhor pelo cuidado de enfermagem**. Santa Maria: Pallotti; 1999. p. 99-208.

PARHAM, P. **O sistema imune**. Porto Alegre, RS: Artmed; 2000.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2000.

PETERS, T.; BENNETT, G. **Construindo pontes entre a ciência e a religião**. São Paulo: Edições Loyola, 2003.

PINTO, V. M.; TANCREDI, M.V; TANCREDI NETO, A.; BUCHALLA, C. C. M. Sexually transmitted disease/HIV risk behaviour among women who have sex with women. **AIDS**, v. 19, sup. 4, p. 64-9, out. 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16249657>>. Acesso em: 24 dez. 2015.

PNAD. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio Contínua**, 2014. Disponível em: <[http://ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa\\_resultados.php?id\\_pesquisa=149](http://ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa_resultados.php?id_pesquisa=149)>. Acesso em: 10 dez. 2015.

PNUD. **Atlas do Desenvolvimento Humano**. 2015. Disponível em: <[http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil\\_m/teresina\\_pi](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/teresina_pi)>. Acesso em: 11 dez. 2015.

PRADO, M. A. M.; MACHADO, F. V. **Preconceito contra homossexualidades: hierarquia da invisibilidade**. São Paulo: Cortez, 2008.

RASTEGAR, D. A.; FINGERHOOD, M. I.; JASINSKI, D. R. Highly active antiretroviral therapy outcomes in a primary care clinic. **AIDS Care**, v. 15, p 231-7, 2003.

REIS, R. K.; MELO, E.S.; GIR, E. Fatores associados ao uso inconsistente do preservativo entre pessoas vivendo com HIV/Aids. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 1, p. 47-53, fev. 2016 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672016000100047&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000100047&lng=en&nrm=iso)>. acesso em 13 Mar. 2016.

RICHTERS, J.; PRESTAGE, G.; BERGIN, S.; LUBOWITZ, S. "Women in contact with Sydney's gay and lesbian community: sexual identity, practice and HIV risks." **AIDS Care**, v. 14, n. 2, p. 193-202. 2002.

RODRIGUES, J. Direitos humanos e diversidade sexual: uma agenda em construção. In: **Diversidade sexual e homofobia no Brasil**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2011, p. 23-37.

RODRIGUES-JUNIOR, A. L.; CASTILHO, E. A. A epidemia de AIDS no Brasil, 1991-2000: descrição espaço-temporal. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 37, n. 4, Ago., 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0037-86822004000400005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822004000400005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 jul. 2013.

RUBIO, S. Parejas del mismo sexo. In: GÓNGORA, J. N.; MIRAGAIA, J.P. (Orgs. Eds.). **Parejas en situaciones especiales**. Buenos Aires: Paidós, 2000, p.135-155.

SANDFORT, T. G. M. et al. Forced Sexual Experiences as Risk Factor for Self-Reported HIV Infection among Southern African Lesbian and Bisexual Women. **PLoS One**, v. 8, n. 1, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3541146/>>. Acesso em: 21 nov. 2015.

SANTOS, N. J. S. et al. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. **Cad. Saúde Pública**, v.25, n. 2, p. S321-33, 2009.

SCHAURICH, D. Dos Grupos de Risco à Vulnerabilidade: Reflexões em Tempos de HIV/Aids. **Revista Contexto & Saúde**. Unijuí, v. 03, n. 6, p. 115-27, Jan./Jun. 2004.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/ses/noticias/2012/janeiro/estudo-vincula-escolaridade->

a-interesse-por-teste-preventivo-de-hiv>. Acesso em: 20 dez. 2015.

SEFFNER, F. **O conceito de vulnerabilidade**: uma ferramenta útil em seu consultório. Disponível em: <<http://ww1.unilasalle.edu.br/seffner/artigo4.htm>>. Acesso em: 13 nov. 2015.

SOUSA, A.M. et al. A política de AIDS no Brasil: uma revisão de literatura. **J. Manag. Prim. Health Care**, v. 3, n. 1, p. 62-66, 2012. Disponível em: <<http://www.jmphc.com/ojs/index.php/01/article/view/38/34>>. Acesso em: 19 jan. 2016.

SOUZA, I.O. **Validação de ensaio imunocromatográfico para a detecção múltipla de anticorpos específicos contra HIV, HBV e HCV**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia. Instituto de Ciências da Saúde, Salvador, 2011. 64 f.

STROHM, C. A Longitudinal Analysis of Same-Sex and Other-Sex Unions Throughout Young Adulthood. **Trabalho apresentado na convenção anual da American Sociological Association Annual Meeting**. Boston, 2008. Disponível em: <[http://www.allacademic.com/meta/p242562\\_index.html](http://www.allacademic.com/meta/p242562_index.html)>. Acesso em: 16 jan. 2011.

STYRT, B. A.; PIAZZA-HEPP, T. D.; CHIKAMI, G. K. Clinical toxicity of antiretroviral nucleoside analogs. **Antiv. Res.**, v. 31, p. 121-35, 1996. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcf/v40n1/04.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2013.

TAQUETTE, S. Feminização da AIDS e adolescência. **Adolesc Saude**, v. 6, n. 1, p. 33-40, 2009. Disponível em: <[http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=39](http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=39)>. Acesso em: 10 maio 2014.

TEIXEIRA, P. R. Políticas públicas em aids. In: PARKER, R. Ed. **Políticas, instituições e aids**: enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA; 1997. pp 143–68.

TORRÃO FILHO, A. Uma questão de gênero: onde o masculino e o feminino se cruzam. **Cadernos Pagu**, v. 24, p. 127-52, 2005.

UNAIDS/WHO. **UNAIDS Report on the global aids epidemic 2012**. Geneva: UNAIDS/WHO; 2012. Disponível em: <<http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/201>

2/gr2012/20121120\_UNAIDS\_Global\_Report\_2012\_with\_annexes\_en.pdf>. Acesso em: 09 mai. 2014.

UNAIDS. **The Gap Report**. 2014. Disponível em: <[http://www.paho.org/bra/images/stories/Documentos2/unaidsgapreport\\_en-1.pdf?ua=1](http://www.paho.org/bra/images/stories/Documentos2/unaidsgapreport_en-1.pdf?ua=1)>. Acesso em: 24 dez. 2015.

VEAL, G. J.; BACK, J. D. Metabolism of zidovudine. **Gen. Pharmacol.**, v. 26, n. 7, p. 1469-75, 1995.

VICTORA, C.; KNAUTH, D. R. Corpo, gênero e saúde: a contribuição da antropologia. In: STREY, M. N; CABEDA, S. T. L (Orgs.). **Corpos e subjetividade em exercício interdisciplinar** Porto Alegre: EDIPUCRS; 2004, p. 81-91.

WELLS, H.; KRUGER, T.; JUDGE, M. Experiences and dimensions of power: discussions with lesbian women. **OUT LGBT Well Being**: Pretoria, 2006.

WELLS, H.; POLDERS, L. Anti-gay hate crimes in South Africa: prevalence, reporting practices, and experiences of the police. **Agenda**, n. 67, p. 20-8, 2006. Disponível em: <[http://www.jstor.org/stable/4066789?seq=1#page\\_scan\\_tab\\_contents](http://www.jstor.org/stable/4066789?seq=1#page_scan_tab_contents)>. Acesso em: 21 dez. 2015.

ZETHU, M. et al., All Sexed Up: a resposta de mulheres lésbicas negras jovens ao sexo (mais) seguro em Johannesburg, África do Sul. **Physis**, v. 19, n. 2, p. 333-48, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-)>. Acesso em: 21 jul. 2015.

*APÉNDICES*

---



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
PRÓ-REITORIA DE ENSINO E PÓS-GRADUAÇÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS**

**APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidada a participar, como voluntária, em uma pesquisa. Para tanto, precisa decidir se deseja ou não participar. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e peça esclarecimentos ao responsável pelo estudo sobre as dúvidas que você vier a ter. Este estudo está sendo conduzido pela Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Inez Sampaio Nery. Após obter as informações necessárias e desejar participar do estudo, assine no final deste documento, que se apresenta em duas vias; uma delas será sua e a outra pertencerá ao pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizada de forma alguma.

**ESCLARECIMENTOS SOBRE A PESQUISA:**

**Título do Projeto:** CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DAS MULHERES QUE FAZEM SEXO COM MULHERES SOBRE A TRANSMISSÃO E PREVENÇÃO DO HIV/Aids

**Pesquisadora Responsável:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Inez Sampaio Nery

**Instituição:** UFPI – Mestrado e Doutorado em Políticas Públicas

**Telefone para contato:** (86) 3215 1103

**Pesquisadora Participante:** Adélia Dalva da Silva Oliveira

**Telefones para Contato:** (86) 9982-4725

**DESCRIÇÃO DA PESQUISA COM SEU OBJETIVO:** Trata-se de um estudo cujo objetivo é avaliar o conhecimento, as atitudes e as práticas das mulheres que fazem sexo com mulheres sobre as formas de transmissão e prevenção do HIV/Aids, no município de Teresina. O procedimento adotado nesta pesquisa é a aplicação de um questionário para mulheres que fazem sexo com mulheres, com a finalidade de levantar dados pessoais e relação sexual (idade, grau de escolaridade, renda mensal, religião, estado conjugal, cor, ocupação e relacionamento sexual atual), dados relacionados ao conhecimento sobre a transmissão e prevenção do HIV/Aids e dados sobre as atitudes e práticas para a prevenção do HIV/Aids.

**RISCOS E BENEFÍCIOS DA PESQUISA:** De acordo com a Resolução n.º 466/12, toda pesquisa envolvendo seres humanos oferece possibilidades de riscos aos participantes. Assim, a presente proposta de pesquisa oferece riscos mínimos, tais como o constrangimento na abordagem, a insegurança quanto ao sigilo das informações pessoais coletadas e/ou receio da crítica por parte dos pesquisadores. Para minimizar esses riscos, atentar-se-á para a correta e apropriada abordagem, priorizando o bem-estar do participante e zelando pelo sigilo das informações. As entrevistas serão realizadas em uma sala climatizada, de porta fechada, com boa iluminação e com a presença do pesquisador ou por meio do acesso ao questionário eletrônico. Ressalta-se, ainda, que as entrevistas serão previamente agendadas, respeitando a disponibilidade de tempo da participante e que a mesma ficará à vontade para responder ou não os questionamentos e sua identificação não será revelada. As informações coletadas somente serão utilizadas uma única vez e exclusivamente com finalidade científica.

Por outro lado, os benefícios, mesmo que não imediatos, surgirão por meio da divulgação científica dos resultados desse estudo, os quais possibilitarão a verificação do conhecimento, das atitudes e das práticas das mulheres que fazem sexo com mulheres sobre a prevenção e a transmissão do HIV/Aids, permitindo a definição de ações que estimulem a interação entre a pesquisa e a prática, sendo de grande proveito para o conhecimento científico, para a saúde pública e a sociedade em geral.

**COMPROMISSO DE CONFIDENCIALIDADE DA IDENTIDADE DA PARTICIPANTE:** Os registros desta participação serão mantidos confidenciais. Entretanto, esses registros poderão ser analisados por um representante do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí. Seu nome não será divulgado em nenhum questionário deste estudo.

**DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA:** Os resultados da pesquisa serão divulgados em palestras dirigidas ao público participante, relatórios individuais para os entrevistados, artigos científicos e na tese do doutorado.

**PROCEDIMENTOS DETALHADOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA:** A sua participação consistirá em responder perguntas de um formulário escrito ou disponibilizado eletronicamente. O tempo de duração para responder o questionário é de aproximadamente quinze minutos.

**GARANTIA DE ACESSO:** Em qualquer etapa da pesquisa, você terá acesso ao pesquisador responsável e participante pela presente pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. Para maiores informações, poderá entrar em contato com o principal pesquisador: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Inez Sampaio Nery por meio do telefone: (86) 3215-1103.

**PERÍODO DE PARTICIPAÇÃO:** O período de sua participação será de fevereiro/2015 a dezembro/2015, lembrando-lhe que você terá o direito de recusar-se a continuar como participante de pesquisa a qualquer tempo.

#### **CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA**

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante de pesquisa para a participação neste estudo e que o meu consentimento deu-se por meio da minha assinatura ou clicando em "Aceito os Termos da Pesquisa".

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Inez Sampaio Nery  
Pesquisadora responsável pelo estudo

---

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga CEP: 64.049-550 - Teresina – PI tel.: (86) 3215-5734 – e-mail: [cep.ufpi@ufpi.br](mailto:cep.ufpi@ufpi.br) web: [www.ufpi.br/cep](http://www.ufpi.br/cep)



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
PRÓ-REITORIA DE ENSINO E PÓS-GRADUAÇÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS**

**APÊNDICE B**

**QUESTIONÁRIO PESQUISA INTITULADA “Conhecimentos, Atitudes e Práticas das mulheres que fazem sexo com mulheres sobre a transmissão e a prevenção do HIV/Aids”**

Questionário n.º \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**PARTE I. INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS**

Eu vou iniciar o formulário com algumas perguntas pessoais sobre você. Por gentileza, coloque o número correspondente à resposta dentro dos parênteses na coluna à direita.

1. Qual a sua idade? _____ anos	_____
2. Você tem relações sexuais com mulheres? 1. Sim 2. Às vezes 3. Não (Encerre, obrigada).	[ ]
3. Qual o seu estado conjugal? 1. Vive com companheira atualmente 2. Já viveu com companheira e não vive mais 3. Nunca viveu com companheiro (masculino) 4. Separada ou divorciada 5. Casada atualmente 6. Viúva	[ ]
4. Atualmente, você tem sua relação sexual? 1. Somente com mulher 2. Com mulher e com homem	[ ]
5. Qual o seu grau de escolaridade? 1. Sem escolaridade 2. Ensino fundamental incompleto 3. Ensino fundamental completo 4. Ensino médio incompleto 5. Ensino médio completo 6. Superior incompleto 7. Superior completo 8. Pós-Graduação	[ ]
6. Qual sua renda mensal em Salário Mínimo - SM ? 1. Menor que 1 SM 2. Entre 1 e 4SM 3. Entre 5 e 8SM 4. Maior que 9 SM 5. Não sei informar	[ ]
7. Qual a sua religião? 1. Católica 2. Evangélica 3. Espírita	[ ]

4. Umbanda/Candomblé 5. Outras religiões 6. Não tenho religião	
8. Como você classifica a sua cor? 1. Branca 2. Preta 3. Amarela 4. Parda 5. Não sei/Não responde	[ ]
9. Qual a sua ocupação atual?	_____

## PARTE II. CONHECIMENTOS SOBRE A TRANSMISSÃO E PREVENÇÃO DO HIV/Aids

As afirmações que se seguem são específicas sobre o que você conhece sobre a transmissão e prevenção do HIV/Aids. Se você concorda com a frase, marque “Concordo”. Se você não concorda com a frase, marque “Não Concordo”. Se você tem dúvida ou não quer responder, marque “Não sei/Não quero responder”. Em caso de rasura, escreva ao lado da opção final a palavra “válida”.

1. O HIV é o vírus causador da aids 1. Concordo 2. Não concordo 3. Não sei/Não responde	[ ]
2. O vírus da aids é identificado por meio de exames laboratoriais 1. Concordo 2. Não concordo 3. Não sei/Não responde	[ ]
3. O vírus da aids pode ser transmitido durante uma relação sexual entre duas mulheres 1. Concordo 2. Não concordo 3. Não sei/Não responde	[ ]
4. Uma pessoa pode ser infectada pelo vírus da aids compartilhando talheres, copos ou refeições 1. Concordo 2. Não concordo 3. Não sei/Não responde	[ ]
5. Uma pessoa com aparência saudável pode estar infectada pelo vírus da aids 1. Concordo 2. Não concordo 3. Não sei/Não responde	[ ]
6. Usar preservativo é a melhor maneira de evitar que o vírus da aids não seja transmitido durante a relação sexual 1. Concordo 2. Não concordo 3. Não sei/Não responde	[ ]
7. O risco da transmissão do vírus da aids pode ser reduzido, se uma pessoa tiver relações sexuais somente com parceira fiel e não infectada 1. Concordo 2. Não concordo 3. Não sei/Não responde	[ ]
8. Não existe cura para a aids 1. Concordo 2. Não concordo 3. Não sei/Não responde	[ ]
9. Uma pessoa que esta tomando medicamento para a aids tem menos risco de transmitir o vírus da aids para outra pessoa 1. Concordo 2. Não concordo 3. Não sei/Não responde	[ ]

10. Aids é uma doença crônica, possível de ser controlada 1. Concordo 2. Não concordo 3. Não sei/Não responde	
--	--

### PARTE III. ATITUDES SOBRE A TRANSMISSÃO E PREVENÇÃO DO HIV/Aids

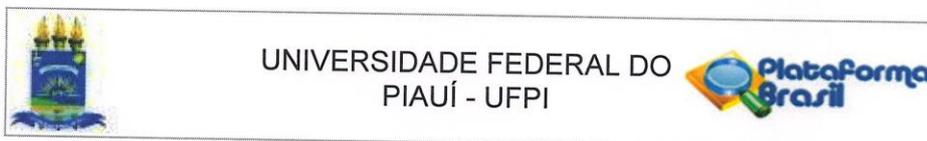
1. Em sua opinião o que você conhece sobre prevenção e transmissão do vírus da aids é suficiente para você se prevenir? 1. Sim 2. Não 3. Não sei/Não responde	[ ]
2. Você considera que adota métodos de prevenção contra o vírus da aids? 1. Sim 2. Não 3. Não sei/Não responde	[ ]
3. Para você, duas pessoas infectadas com vírus da aids podem deixar de usar preservativo? 1. Sim 2. Não 3. Não sei/Não responde	[ ]
4. Na sua opinião, ter relação sexual sem penetração reduz o risco de transmissão do vírus da aids? 1. Sim 2. Não 3. Não sei/ Não responde	[ ]
5. Para você, o vírus da aids é uma doença que ocorre somente em homossexuais masculinos, prostitutas e usuários de drogas? 1. Sim 2. Não 3. Não sei/ Não responde	[ ]

### PARTE IV. PRÁTICAS SOBRE A TRANSMISSÃO E PREVENÇÃO DO HIV/Aids

1. Você já teve relação sexual usando o preservativo feminino? 1. Sim 2. Não	[ ]
2. Teve relações com parceiras casuais no último mês? 1. Sim 2. Não	
3. Você já teve relações sexuais desprotegidas durante o seu período menstrual ou da sua parceira? 1. Sim 2. Não	[ ]
4. Você compartilha acessórios (brinquedos sexuais) com sua parceira durante a relação sexual? 1. Sim 2. Não	[ ]
5. Você já fez o teste para aids alguma vez na vida? 1. Sim 2. Não	



## ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Conhecimentos, Atitudes e Práticas das mulheres que fazem sexo com mulheres sobre a transmissão e a prevenção do HIV/Aids

**Pesquisador:** Inez Sampaio Nery

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 39081614.3.0000.5214

**Instituição Proponente:** FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUI

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.346.096

#### Apresentação do Projeto:

O protocolo de pesquisa é uma Emenda onde o pesquisador principal justifica a necessidade da coleta de dados de outra forma, ou seja, na proposta inicial era coletar os dados com formulário auto-preenchido, mas pela dificuldade de acesso as participantes da pesquisa, foi acrescentado a coleta por meio on line com o envio do formulário eletrônico. Trata-se de uma pesquisa epidemiológica, transversal, descritiva e quantitativa que abordará o conhecimento, atitudes e práticas das mulheres que fazem sexo com mulheres sobre a transmissão e prevenção do HIV/Aids. Será realizada em Teresina, com 91 mulheres, por meio da técnica da bola de neve. Serão incluídas as mulheres que fazem sexo com mulheres, com idade igual ou maior a 18 anos.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:**

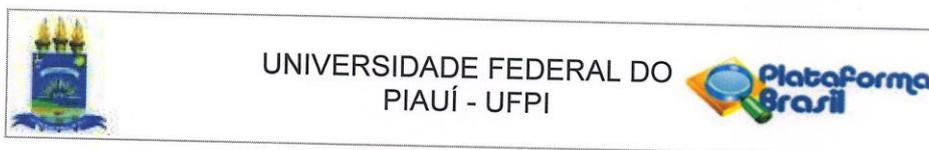
Avaliar o conhecimento, atitudes e práticas das mulheres que fazem sexo com mulheres sobre as formas de transmissão e prevenção do HIV/Aids no município de Teresina.

**Objetivo Secundário:**

Caracterizar a população do estudo quanto à idade, orientação sexual, estado conjugal e grau de escolaridade.

- Analisar o conhecimento, as atitudes e as práticas da população do estudo sobre as formas de

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa  
**Bairro:** Ininga **CEP:** 64.049-550  
**UF:** PI **Município:** TERESINA  
**Telefone:** (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 1.346.096

transmissão e prevenção do HIV/Aids em uma relação sexual com mulheres.

- Avaliar o conhecimento sobre prevenção do HIV/Aids da população do estudo com relação ao grau de escolaridade, idade e práticas sexuais.
- Caracterizar as atitudes e práticas das mulheres que fazem sexo com mulheres sobre as formas de transmissão e prevenção do HIV/AIDS.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Em relação aos possíveis riscos, considerando que, de acordo com a Resolução nº 466/12, toda pesquisa envolvendo seres humanos oferece possibilidades de riscos aos participantes. Assim, a presente proposta de pesquisa oferece riscos mínimos, tais como o constrangimento na abordagem, a insegurança quanto ao sigilo das informações pessoais coletadas e/ou receio da crítica por parte dos pesquisadores. Para minimizar estes riscos, atentar-se-á para a correta e apropriada abordagem, priorizando o bem estar do participante e zelando pelo sigilo das informações. As entrevistas serão realizadas em uma sala climatizada, de porta fechada, com boa iluminação e com a presença do pesquisador. Ressalta-se ainda, que as entrevistas serão previamente agendadas, respeitando a disponibilidade de tempo dos participantes e que o mesmo ficará a vontade para responder ou não os questionamentos e sua identificação não será revelada. As informações coletadas somente serão utilizadas uma única vez e exclusivamente com finalidade científica.

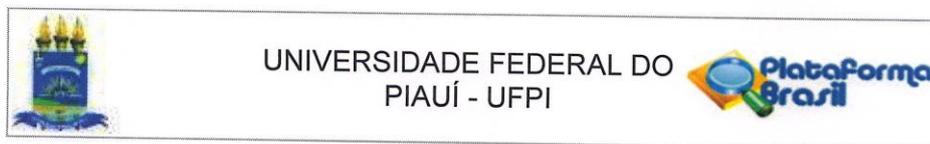
**Benefícios:**

Por outro lado, os benefícios, mesmo que não imediatos, irão surgir por meio da divulgação científica dos resultados desse estudo, os quais irão possibilitar a verificação do conhecimento, as atitudes e práticas das mulheres que fazem sexo com mulheres sobre a prevenção e a transmissão do HIV/Aids, permitindo a definição de ações que estimulem a interação entre a pesquisa e a prática, sendo de grande proveito para o conhecimento científico, para a saúde pública e sociedade em geral.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa será norteada pela tese de que a maioria das mulheres, sejam lésbicas, bissexuais ou aquelas que ocasionalmente fazem sexo com outras mulheres, desconhece as formas de prevenção e transmissão do vírus, e que por conta disto têm atitudes que podem contribuir para a propagação deste, tornando-as vulneráveis ao HIV/aids. Apresenta as questões de partida: As mulheres que fazem sexo com outras mulheres conhecem as formas de transmissão e de prevenção do HIV/aids? Esse conhecimento reflete nas atitudes dessas mulheres? O estudo é

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa  
**Bairro:** Ininga **CEP:** 64.049-550  
**UF:** PI **Município:** TERESINA  
**Telefone:** (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 1.346.096

relevante, o Ministério da Saúde publicou em 2003, o documento "Políticas e diretrizes de prevenção das DST/aids entre mulheres". O panorama epidemiológico do país assinalando a feminização, pauperização e interiorização da epidemia de Aids/HIV. Nele, a população feminina figura como alvo explícito, pois o crescimento da epidemia entre as mulheres é crescente, e a taxa de mortalidade mostrou-se com menor redução entre as mulheres, quando comparada a dos homens.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Termos anexados ao protocolo.

**Recomendações:**

Sem recomendação.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O protocolo de pesquisa está de acordo com a Resolução 466/2012 do CNS, tem parecer de aprovado.

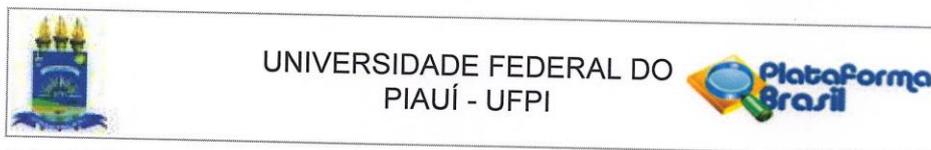
**Considerações Finais a critério do CEP:**

O CEP aguarda o envio dos relatórios parciais e final da pesquisa.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_629487 E1.pdf	20/11/2015 10:18:30		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	19/11/2015 11:08:29	adélia dalva da silva oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.doc	18/12/2014 17:42:14		Aceito
Outros	Coleta de Dados.doc	24/11/2014 18:15:56		Aceito
Outros	Lattes Adélia.pdf	19/11/2014 11:55:57		Aceito
Outros	Lattes Inez.pdf	19/11/2014 11:55:04		Aceito
Outros	Declaracao dos Pesquisadores.pdf	19/11/2014 11:53:10		Aceito
Folha de Rosto	Folha Rosto.pdf	19/11/2014 11:49:48		Aceito

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa  
**Bairro:** Ininga **CEP:** 64.049-550  
**UF:** PI **Município:** TERESINA  
**Telefone:** (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 1.346.096

Outros	Encaminhamento ao CEP.pdf	19/11/2014 11:49:06		Aceito
Outros	Termo de Confidencialidade.pdf	19/11/2014 11:48:26		Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

TERESINA, 01 de Dezembro de 2015

Assinado por:  
Adrianna de Alencar Setubal Santos  
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa  
Bairro: Ininga CEP: 64.049-550  
UF: PI Município: TERESINA  
Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br