

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

GÉSSYCA CAVALCANTE DE MELO

**SAÚDE SEXUAL DE PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS SOB A ÓTICA DA
PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Maceió
2015

GÉSSYCA CAVALCANTE DE MELO

**SAÚDE SEXUAL DE PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS SOB A ÓTICA DA
PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem e Farmácia, da Universidade Federal de Alagoas, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem no cuidado em saúde e na promoção da vida.

Orientadora: Prof^ª Dr.^a Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza.

Maceió
2015

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico Bibliotecária
Bibliotecário: Valter dos Santos Andrade.

M528s Melo, Géssyca Cavalcante de.
Saúde sexual de pessoas vivendo com HIV/AIDS sob a ótica da promoção da
saúde / Géssyca Cavalcante de Melo. – 2015.
113 f.

Orientadora: Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas.
Escola de Enfermagem e Farmácia. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.
Maceió, 2015.

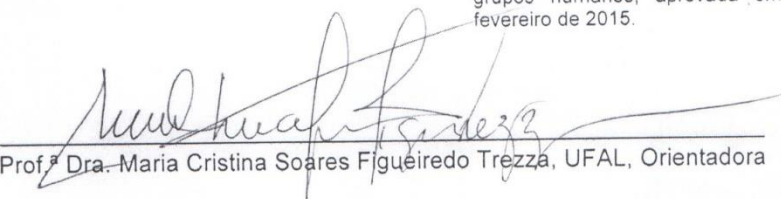
Bibliografia: f. 94-104.
Apêndices: f. 105-108.
Anexos: f. 109-113.

Folha de Aprovação

AUTOR: Géssyca Cavalcante de Melo


“Saúde sexual de pessoas vivendo com HIV/AIDS sob a ótica da promoção da saúde” /
Dissertação de Mestrado em Enfermagem, da Universidade Federal de Alagoas.

Dissertação submetida ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas, Área de Concentração: enfermagem no cuidado em saúde e na promoção da vida, Linha de Pesquisa: enfermagem, vida, saúde, cuidado dos grupos humanos, aprovada em 27 de fevereiro de 2015.

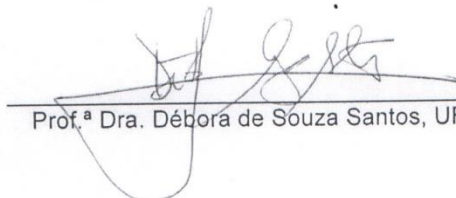


Prof.^a Dra. Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza, UFAL, Orientadora

BANCA EXAMINADORA:



Prof.^a Dr.^a Renata Karina Reis, EERP/USP, Examinador Externo



Prof.^a Dra. Débora de Souza Santos, UFAL, Examinador Interno

Às pessoas vivendo ou que viveram com HIV,
que optam/optaram por enfrentar os males
dessa epidemia anonimamente ou
publicamente,

dedico este trabalho.

AGRADECIMENTOS

Acima de todos, a **Deus**, razão da minha fé e existência, por me permitir encontrar o seu Amor em tudo o que me acontece. A Ele, toda honra!

Aos meus queridos pais, **Marcos Humberto** e **Maria Nazaré**, bases da minha vida, anjos que sempre me deram apoio na tomada de todas as minhas decisões. Sem eles, a conquista do sonho do Mestrado teria sido muito mais difícil.

Ao meu namorado **Renato Américo**, por sempre acreditar em mim, pelo companheirismo e constante incentivo em todos os meus passos profissionais e acadêmicos.

À minha orientadora, **Prof.^a Dr.^a Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza**, por me conduzir a enxergar o cuidado de enfermagem com um encantamento cada vez maior por meio de suas atitudes. Agradeço pelos grandes ensinamentos, pela disponibilidade de sempre e confiança dispensada a mim.

Aos membros do grupo de pesquisa **PROCUIDADO**, em especial às companheiras **Sabrina Conceição** e **Silvana Oliveira**, pelos momentos de construção de aprendizado coletivo e pela amizade de todos os dias: com elas, esta caminhada tornou-se mais leve.

Ao **corpo docente e aos amigos da terceira turma** do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, pela dedicação ao curso e por todo o conhecimento compartilhado.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior e à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas (**Programa CAPES/FAPEAL**), pela concessão da bolsa de pesquisa, fundamental para o seu desenvolvimento.

Aos membros da banca examinadora, titulares e suplentes - **Prof.^a Dr.^a Débora de Souza Santos**, **Prof. Dr. Jorge Luis de Souza Riscado** e **Prof.^a Dr.^a Josete Luzia Leite** - pela dedicação na apreciação deste trabalho e, em especial, à **Prof.^a Dr.^a Renata Karina Reis**, não somente pelas contribuições para o enriquecimento do objeto deste estudo, como também por ter sido uma das responsáveis, desde a graduação, pelo meu envolvimento e interesse de cuidado dedicado às pessoas vivendo com HIV: sua postura profissional é exemplo para mim.

Às **peças vivendo com HIV/Aids**, em especial as que me concederam o privilégio de ouvi-las e que fizeram de mim uma pessoa melhor. Por toda a confiança depositada ao expressarem seus mais íntimos comportamentos, sentimentos, dificuldades, frustrações, alegrias e enfrentamento: serei grata eternamente!

Aos membros da minha querida **equipe** do Serviço de Atendimento Especializado em HIV/Aids/Hepatites (Bloco I do PAM Salgadinho), pela preciosa cooperação durante a construção desta pesquisa.

À minha **família e amigos**, antigos e novos, que sempre torceram por mim e que, de alguma forma, me ajudaram durante o longo e difícil, porém gratificante desenvolvimento deste Mestrado, a minha gratidão!

"Há uma coisa dentro de mim, contagiosa e mortal, perigosíssima, chamada vida, que lateja como um desafio."

Herbert Daniel (1946-1992)

RESUMO

No final do século passado, a saúde sexual passou a ser entendida como a habilidade dos indivíduos para desfrutar e expressar sua sexualidade, na dimensão amorosa, de intimidade, sem riscos, violência e discriminação. Um dos aspectos que contribuem para o alcance dessa capacidade é a forma como indivíduos se comportam frente à sua saúde sexual. Este estudo se trata de uma pesquisa com abordagem qualitativa cujo objetivo geral foi analisar os comportamentos relacionados à saúde sexual de pessoas vivendo com HIV segundo o Modelo de Promoção da Saúde, de Nola Pender. Foram objetivos específicos: 1) Identificar as características individuais e os comportamentos relacionados à saúde sexual dos sujeitos, prévios ao momento da pesquisa; 2) Descrever os sentimentos, autoeficácia, barreiras, benefícios e influências pessoais em relação aos comportamentos que precisam ser modificados; 3) Construir um plano de ação acordado conjuntamente com o indivíduo sobre o seu comportamento relacionado à saúde sexual. Foram incluídas 14 pessoas que tiveram diagnóstico de HIV/Aids por um tempo igual ou inferior a um ano, com idade superior a 18 anos. A coleta de dados foi realizada em 2014 a partir de um roteiro de entrevistas semiestruturado e o Modelo de Promoção da Saúde foi utilizado como referencial teórico-metodológico. Os resultados mostraram quatro dimensões dos comportamentos: 1) não uso do preservativo masculino em todas as relações sexuais; 2) suspensão/restrição da vida sexual e ausência de relacionamentos afetivos; 3) submissão feminina nas relações de gênero e 4) fortalecimento da vida sexual e do afeto relacional. Cada comportamento foi investigado e analisado em relação aos desejos e necessidades para sua mudança/manutenção, as quais demandaram intervenções individuais e um planejamento de ações com base nas vontades expressadas por sete sujeitos que compareceram ao segundo encontro da pesquisa. Foi possível analisar que os comportamentos prévios relacionados à saúde sexual dos participantes parecem se basear nas crenças do senso comum e/ou da cultura do indivíduo, em que é presente a opinião sobre a ausência do prazer satisfatório com o uso do preservativo, da sua não praticidade, do entendimento que o HIV somente se previne com o uso desse método (e, por isso, a decisão de não se relacionar sexual e afetivamente com o outro), do pensamento que ser mulher envolve servir e se submeter aos desejos do homem, e da não orientação acerca de outras formas de conduzir a sexualidade de forma agradável. O conhecimento da soropositividade parece se mostrar como uma situação em que os comportamentos passam a ser repensados a fim de que a saúde dos indivíduos e de seus parceiros não seja colocada em risco. Contudo, ao mesmo tempo, os desejos de mudança comportamental e de atitude, bem como da percepção de seus benefícios, aparecem permeados de medo do estigma e da comum falta de apoio familiar e conjugal para a tomada de decisões. Este estudo contribui para um aprofundamento do conhecimento acerca da promoção da saúde da pessoa que vive com HIV e sinaliza o modelo aplicado como mais uma ferramenta para a atuação dos profissionais de saúde.

Descritores: Saúde sexual. Promoção da Saúde. Comportamentos de saúde. HIV. Teoria de enfermagem.

ABSTRACT

At the end of the last century sexual health has come to be understood as the ability of individuals to enjoy and express their sexuality, in loving dimension, of intimacy, without risks, violence and discrimination. One of the aspects that contribute to the achievement of this ability is how individuals behave front of their sexual health. This study is a qualitative research whose main objective was to analyze the behaviors related to sexual health of people living with HIV according to the Health Promotion Model of Nola Pender. Were specific objectives: 1) To identify the individual characteristics and behaviors related to sexual health of the subjects, previous to the time of the survey; 2) Describe the feelings, self-efficacy, barriers, benefits and personal influences in relation to behaviors that need to be modified; 3) Build an agreed plan of action together with the individual in relation to their behavior related to sexual health. The study included 14 people who were diagnosed with HIV/AIDS for a time like to or less than one year, over the age of 18 years. Data collection was carried out in 2014 from a script by semi-structured interviews and the Health Promotion Model was used as theoretical and methodological framework. The results showed four dimensions of behavior: 1) Non-use of condoms in all sexual relations; 2) suspension/restriction of sex life and lack of romantic relationships; 3) female submission in gender relations and 4) strengthening sex life and relationships affection. Each behavior was investigated in relation to the wishes and needs for change/maintenance, which demanded individual interventions and action planning based on the wishes expressed by seven subjects who attended the second meeting of the research. It was possible to analyze the previous behaviors related to sexual health of the participants seem to be based on the beliefs of common sense and/or one's culture, it is this opinion on the absence of satisfactory pleasure with condom use, its not practicality, understanding that HIV only is prevented with the use of this method (and therefore the decision not to relate sexually and emotionally with each other), thought that being a woman involves serve and submit to man's desires, and no guidance about other ways to conduce sexuality pleasantly. Knowledge of HIV status seems to show how a situation in which the behaviors are to be rethought so that the health of individuals and their partners is not put at risk. Yet at the same time, the wishes of behavioral change and attitude, as well as the perception of its benefits, appear permeated with fear of stigma and common lack of family and spousal support to decision-making. This study contributes to a deepening of knowledge acerca da promotion of health of the person living with HIV and signals the model applied as a tool for the performance of health professionals.

Descriptors: Sexual health. Health promotion. Health behavior. HIV. Nursing theory.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1 - Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender..... | 27 |
| Figura 2 - Representação do espaço metodológico quadripolar da pesquisa..... | 43 |
| Figura 3 – Recorte do roteiro de entrevista semiestruturado baseado no MPS (2011)..... | 48 |
| Figura 4 – Diagrama do MPS relacionado ao uso do preservativo masculino..... | 57 |
| Figura 5 - Diagrama do MPS relacionado à (re)construção da vida sexual e de relacionamentos afetivos..... | 67 |
| Figura 6 - Diagrama do MPS relacionado às relações de poder..... | 74 |
| Figura 7 - Diagrama do MPS relacionado ao afeto conjugal..... | 77 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|----|
| Quadro 1 - Seleção dos artigos de pesquisa nas fontes de dados..... | 30 |
| Quadro 2 - Caracterização dos artigos incluídos na revisão integrativa..... | 31 |
| Quadro 3 - Caracterização dos estudos selecionados quanto ao desenho metodológico.... | 33 |
| Quadro 4 – Variáveis do estilo de vida trabalhadas nos estudos da revisão integrativa..... | 33 |
| Quadro 5 - Principais contribuições identificadas nas intervenções dos artigos..... | 34 |
| Quadro 6 - Perfil dos sujeitos que participaram do estudo..... | 51 |
| Quadro 7 - Características clínicas dos sujeitos que participaram do estudo..... | 53 |
| Quadro 8 - Visão geral da aplicação do MPS com o PE..... | 85 |
| Quadro 9 - Visão geral da aplicação MPS com o PE (situação 1)..... | 86 |
| Quadro 10 - Visão geral da aplicação MPS com o PE (situação 2)..... | 87 |
| Quadro 11 - Visão geral da aplicação MPS com o PE (situação 3)..... | 88 |
| Quadro 12 - Visão geral da aplicação MPS com o PE (situação 4)..... | 89 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|--------|--|
| EFV | Efavirenz |
| GC | Grupo Controle |
| GI | Grupo Intervenção |
| IST | Infecção Sexualmente Transmissível |
| HDL | Lipoproteína de Alta Densidade (High Density Lipoprotein) |
| HEHA | Hospital Escola Dr. Hέλvio Auto |
| HIV | Vírus da Imunodeficiência Humana |
| HSH | Homens que fazem Sexo com Homens |
| HUPAA | Hospital Universitário Professor Alberto Antunes |
| IMC | Índice de Massa Corporal |
| INAMPS | Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social |
| IP | Inibidor de protease |
| LDL | Lipoproteína de Baixa Densidade (Low Density Lipoprotein) |
| MPS | Modelo de Promoção da Saúde |
| MS | Ministério da Saúde |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| PAM | Posto de Atendimento Médico |
| PE | Processo de Enfermagem |
| PEP | Profilaxia Pós-Exposição |
| PNPS | Política Nacional de Promoção da Saúde |
| PubMed | US National Library of Medicine National Institutes of Health |
| PVHA | Pessoas Vivendo com HIV e aids |

| | |
|--------|--|
| SAE | Serviço de Assistência Especializada |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TARV | Terapia Antirretroviral de Alta Atividade |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| TDF | Tenofovir |
| TG | Triglicerídeos |
| UDI | Usuários de Drogas Injetáveis |
| UNAIDS | Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids |
| 3TC | Lamivudina |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----|
| 1 INTRODUÇÃO | 14 |
| 2 REVISÃO DE LITERATURA | 20 |
| 2.1 O conceito promoção da saúde e o modelo de Pender..... | 20 |
| 2.2 Contribuições de um estilo de vida saudável para as PVHA..... | 29 |
| 2.3 Saúde sexual e relações afetivas em tempos de aids..... | 40 |
| 3 METODOLOGIA | 43 |
| 3.1 O espaço quadripolar do estudo..... | 43 |
| 3.2 Cenário..... | 45 |
| 3.3 Sujeitos..... | 45 |
| 3.4 Aspectos éticos..... | 46 |
| 3.5 Aproximação dos sujeitos..... | 46 |
| 4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS | 50 |
| 4.1 Perfil dos sujeitos..... | 50 |
| 4.2 Comportamentos relacionados à saúde sexual de PVHA..... | 54 |
| 4.3 Planejamento de ações para a promoção da saúde sexual..... | 80 |
| 5 CONCLUSÕES | 90 |
| REFERÊNCIAS | 94 |
| APÊNDICE A – Guia de entrevista semiestruturada..... | 105 |
| ANEXO A – Autorização institucional..... | 109 |
| ANEXO B – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa..... | 110 |
| ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... | 111 |

1 INTRODUÇÃO

A análise dos comportamentos relacionados à saúde sexual da pessoa que vive com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)/aids¹ sob a ótica do Modelo de Promoção da Saúde (MPS) de Nola Pender é o objeto deste estudo. Aqui, *comportamento* é entendido como o conjunto de atitudes e reações do indivíduo face ao processo de interação recíproca que se dá entre os fatores pessoais, o ambiente e as próprias experiências geradas (BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008).

Por sua vez, oriunda de discussões provenientes da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, em 1994, saúde sexual passou a ser entendida como a habilidade que os indivíduos possuem para desfrutar e expressar sua sexualidade, em sua dimensão amorosa e de intimidade, sem riscos de agravos, gestações não desejadas, coerção, violência e discriminação, o que possibilita a experiência de uma vida sexual informada, agradável e mais segura, baseada na autoestima e respeito mútuo nas relações (HEALTH, EMPOWERMENT, RIGHTS AND ACCOUNTABILITY, 1999; PAIVA et al., 2011).

A concepção deste objeto surgiu da experiência da pesquisadora em trabalhar com Pessoas Vivendo com HIV e aids (PVHA) no âmbito de um hospital de referência do Estado de Alagoas e de um Serviço de Assistência Especializada (SAE) de média complexidade, onde foi possível observar que, muitas vezes, o diálogo profissional-paciente relacionado à saúde sexual se restringe à prevenção e traduz seu público-alvo de cuidado como sendo o indivíduo que não tem HIV. Em outras situações, a abordagem da sexualidade pelo profissional ocorre de maneira generalizada, como se as pessoas fossem igualadas pelas mesmas práticas, sem seus sentidos particulares, restringido-a a orientações prescritivas.

Ademais, uma das principais justificativas para a qual a Organização Mundial da Saúde (OMS) vem amplamente estimulando os serviços nacionais para a implementação precoce da terapia antirretroviral combinada de alta atividade (TARV ou HAART – *Highly Active Antiretroviral Therapy*) em todas as PVHA é, sobretudo, a prevenção da transmissibilidade sexual do vírus. Isso porque, nos últimos anos, acumularam-se evidências convincentes de que a TARV reduz a carga viral no sangue, no sêmen e nos fluídos vaginais (OMS, 2011).

¹ No Brasil, adota-se a sigla em inglês “aids” (**ac**quired **immu**no **def**iciency **synd**rome), palavra que tornou-se da classe dos substantivos e que pode ser encontrada em diversas grafias. O Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids (UNAIDS/ONUSIDA, 2011), por meio de suas diretrizes de terminologia, reconhece o registro do termo em letras minúsculas, dentre outros, conforme empregado nesta dissertação.

Assim, é inegável que, em trinta anos de epidemia da aids, um dos principais focos dos esforços para o seu enfrentamento concentra-se no fim de novos casos, sendo a prevenção uma questão crucial para os programas de controle da infecção. Em contrapartida, o cuidado com a promoção da saúde, em todos os seus segmentos, das pessoas acometidas e assistidas nos serviços de saúde ainda é pouco visto como prioridade real em seu tratamento.

No entanto, mesmo em uma realidade em que, inegavelmente, o modelo biomédico impera, na qual os profissionais ainda se encontram com a atenção de suas condutas voltadas, principalmente, para o tratamento da “infecção” e não da “pessoa que foi infectada”, não é raro deparar-se com situações em que os pacientes, de fato, enxergam o momento da consulta de enfermagem como um espaço de reflexão e partilha, especialmente sobre o campo da sexualidade, ao mesmo tempo em que demonstram o desejo e a necessidade de ajuda em relação à modificação de algum hábito no seu modo de viver, o que conferiria à sua vida uma melhor qualidade.

O que se observa, ainda, é uma tendência progressiva do número de pacientes admitidos no SAE supracitado, pertencente à Secretaria de Saúde do município de Maceió, o qual atualmente é o único do estado de Alagoas que se encontra atendendo aos casos novos de HIV, recebendo uma média de 40 a 50 admissões mensalmente. De acordo com os arquivos estatísticos do cenário, somente em 2013, 562 novos prontuários foram cadastrados no local, fato que reflete o desafio dos profissionais frente à prestação de uma assistência integral e de qualidade, que envolva a prática da escuta ativa e a responsabilização pelo indivíduo.

O momento pós-descoberta da soropositividade para o HIV nem sempre se traduz na adoção de um comportamento relacionado a um estilo de vida mais seguro, especialmente o sexual, fato que pode comprometer o cuidado com a vida da própria pessoa e de suas(s) parceria(s) afetivo-sexual, não somente por facilitar a transmissão da infecção e por permitir a propagação de cepas virais resistentes, mas também pelo perceptível – mesmo que silencioso - sofrimento mental das pessoas que preferem tomar a condição de saúde como um segredo por medo da rejeição social, dificultando no processo de empoderamento e de mudança comportamental.

É importante considerar que, neste contexto, o conceito *sexo mais seguro*² reflete a ideia de que escolhas podem ser feitas e comportamentos podem ser adotados para reduzir ou minimizar o risco da transmissão do HIV. Algumas estratégias incluem a postergação do

² Seguindo a recomendação do UNAIDS/ONUSIDA (2011), é preferível utilizar o termo ‘sexo mais seguro’, já que ‘sexo seguro’ pode implicar segurança total em relação à prática.

início da vida sexual, o sexo sem penetração, o uso correto e contínuo de preservativos masculinos ou femininos e a redução do número de parceiros sexuais (UNAIDS, 2011).

Desde os seus primeiros casos, a infecção pelo HIV representa um sério agravo da saúde pública por envolver problemáticas clínicas, epidemiológicas, sociais, econômicas e políticas. No final de 2013, estimou-se em 35 milhões (média entre 33,2 milhões e 37,2 milhões) o número de pessoas vivendo com HIV em todo o mundo (UNAIDS, 2014). Por sua vez, no Brasil, estima-se que, em média, 718 mil indivíduos vivam com o HIV ou com aids, o que representa uma taxa de prevalência de 0,4% na população em geral, dos quais em torno de 80% (574 mil) tenham sido diagnosticados.

No que se refere à notificação, 39.185 casos de aids foram notificados no país (BRASIL, 2013). Vale ressaltar que, a Portaria nº. 1.271, de 06 de junho de 2014, do Ministério da Saúde, por meio da ampliação da Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública, tornou obrigatória a notificação de todos os casos de infecção por HIV. Anteriormente a essa publicação, a notificação de HIV era restrita apenas aos casos de aids ou de infecção em gestante, parturiente, puérpera e criança exposta ao risco de transmissão vertical do vírus

Até o ano de 2012, o cenário da mortalidade mostra que, desde 1980, foram declarados 265.698 óbitos classificados como causa básica “doenças pelo HIV” (CID10: B20-B24). Desses, 62,6% ocorreram na Região Sudeste, percentual justificado pelo elevado volume de casos aí existentes. A Região Sul representa 17,1%, o Nordeste 11,6%, o Centro-Oeste, 4,9%, e o Norte, 3,8% (BRASIL, 2013).

Em Alagoas, 4.843 casos de aids foram notificados entre 1980 e 2013 (BRASIL, 2013), número que tende a aumentar consideravelmente ao levar em conta as subnotificações dos serviços (RIQUE; SILVA, 2011). Em relação à mortalidade específica pela síndrome, desde 1986 foram registrados 1.365 óbitos. Apenas no município de Maceió, 2.909 indivíduos com aids foram notificados entre 1986 a 2012, sendo que, desde o ano 2000, 635 pessoas entraram em óbito por problemas relacionados à doença. Essa taxa é sempre mais elevada no sexo masculino (M) em relação ao feminino (F), contudo a razão M:F é oscilante e, desde 1999, varia entre 3,8:1 (2002) a 1:1 (2004) (SESAU, 2013).

Mesmo com todos os avanços e conquistas alcançadas em relação ao controle do HIV, principalmente a partir da implantação da TARV gratuita no país, a complexidade clínica da infecção ainda constitui um grande desafio atual. A aids tornou-se uma condição crônica, em que as pessoas podem conviver por décadas; a intensidade dos diversos efeitos colaterais dos medicamentos, sobretudo as alterações metabólicas, aliada à dificuldade de adesão ao

tratamento, ao estigma social e ao próprio curso da fisiopatologia da infecção, com suas persistentes respostas inflamatórias, exigem ações multidisciplinares e de assistência contínua voltadas para a adoção de hábitos em seu estilo de vida que visem a saúde integral dos indivíduos (DEEKS, 2011; MALISKA; PADILHA, 2007; RISCADO, 2013).

O termo "estilo de vida" foi utilizado pela primeira vez em 1979 pelo escritor e futurista norte-americano Alvin Toffler, que previu a explosão de diferentes maneiras de viver em uma sociedade pós-industrial. Para o estudioso, um estilo de vida específico indica a escolha consciente ou inconsciente entre um tipo de comportamento ou outro, que reflete as atitudes, os valores e as oportunidades na vida das pessoas, nas quais podem estar inclusos cinco aspectos fundamentais: nutrição, atividade física, comportamento preventivo, relacionamentos e controle do estresse (RIPOLL, 2012).

Na medicina atual, é comprovado que os fatores supracitados, dentre outros, podem afetar a saúde em geral e influenciar mecanismos biológicos básicos que conduzem à doença, como as mudanças na expressão gênica, inflamação, estresse oxidativo e disfunção metabólica (RIPOLL, 2012). Não obstante, a maioria das orientações práticas dos países desenvolvidos recomenda as alterações do estilo de vida como a primeira linha de abordagem terapêutica atual das doenças crônicas, haja vista seus efeitos potenciais (HYMAN; ORNISH; ROIZEN, 2009).

No caso da PVHA, Eidam e colaboradores (2006) consideram que o cuidado no estilo de vida, inclusive no aspecto do comportamento e do relacionamento, faz parte da abordagem holística da assistência e pode contribuir significativamente para a promoção da saúde dos indivíduos. Para isso, Lima et al (2011) referem ser importante que as PVHA tomem decisões conscientes acerca da sua condição e atuem como "coautores" no seu processo de promoção da saúde. Entretanto, discordando do termo utilizado pelos autores citados e corroborando com Mitre, Andrade e Cotta (2012), os sujeitos precisam atuar como "protagonistas" desse processo, de forma que sejam percebidos como cidadãos ativos e transformadores da realidade em que vivem.

Apesar dos benefícios conhecidos, a prática da adoção e manutenção de um comportamento positivo ou da eliminação de um hábito negativo individual não se confere como um exercício de simples execução. Até mesmo para os profissionais de saúde, a abordagem relacionada à cooperação na mudança ou manutenção de determinado estilo de vida dos pacientes, como o hábito alimentar, a prática de exercícios físicos, o não uso de drogas e o cuidado com a saúde sexual, torna-se difícil ao considerar que essa função de promover saúde extrapola a prestação rotineira dos serviços clínico-assistenciais e atinge a

construção de conhecimento, juízos de valor, comportamentos, capacidade de escolha individual e da mediação entre as pessoas e seu ambiente (MASCARENHAS; MELO; FAGUNDES, 2012).

No campo da enfermagem, é crescente o número de pesquisas que procuram evidenciar a importância na utilização de modelos e teorias que facilitam a compreensão dos determinantes da saúde e na orientação de soluções que respondam às necessidades e interesses das pessoas envolvidas. Essas teorias podem contribuir para a promoção de conhecimento, reflexão e decisão no ato de cuidar e agir, possibilitando maiores chances no alcance dos objetivos propostos pelo profissional juntamente com o paciente (SILVA; SANTOS, 2010).

Entre as teorias de enfermagem indicadas para desenvolver os cuidados no âmbito da promoção da saúde, destaca-se o Modelo de Promoção da Saúde (MPS) de Nola Pender (2011), desenvolvido nos Estados Unidos como uma estrutura para a integração das perspectivas da enfermagem e da ciência comportamental na abordagem dos processos biopsicossociais que motivam e influenciam os indivíduos para se engajarem em comportamentos produtores de saúde. Na pesquisa, o modelo tem sido utilizado principalmente na área da oncologia e na geriatria, com o objetivo de prever os estilos de vida promotores de saúde e comportamentos específicos de grupos (SILVA; SANTOS, 2010).

Levando em consideração o conteúdo aqui apresentado, é perceptível o fato de que a equipe multiprofissional precisa agregar à sua atuação não apenas os conhecimentos específicos da doença, do tratamento e dos serviços de atenção de apoio às PVHA, mas também a concepção ampliada de saúde, a fim de identificar integralmente as maneiras de viver que influenciam direta e indiretamente o seu bem-estar (LIMA et al., 2011).

Para aprofundar o entendimento desse assunto, considerou-se relevante investigar trabalhos que vislumbrassem a preocupação da comunidade científica, sobretudo da enfermagem, pela inclusão da abordagem do comportamento relacionado à saúde sexual das pessoas na atuação do profissional de saúde. Dentre os trabalhos acessados em uma primeira busca, realizada em 2014, no Portal de Pesquisa da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) com os descritores “Sexual behavior” and “HIV” na US National Library of Medicine National Institutes of Health (PubMed), um número considerável dos artigos tinham seu enfoque direcionado à prevenção de futuras infecções pelo HIV ou se limitavam a traçar o comportamento das PVHA de modo quantitativo, refletindo a necessidade de que se procedam investigações aprofundadas relacionadas à análise do comportamento e da saúde sexual da PVHA à luz de uma teoria, objeto deste estudo.

Em face dessas considerações, a presente pesquisa possui como **objetivo geral**: Analisar os comportamentos relacionados à saúde sexual de pessoas vivendo com HIV/aids segundo o MPS, de Nola Pender. São **objetivos específicos**:

- 1) Identificar as características individuais e os comportamentos relacionados à saúde sexual dos sujeitos, prévios ao momento da pesquisa;
- 2) Descrever os sentimentos, autoeficácia, barreiras, benefícios e influências em relação aos comportamentos que precisam ser modificados;
- 3) Construir um plano de ação acordado conjuntamente com o indivíduo sobre o seu comportamento relacionado à saúde sexual.

Por se tratar de uma pesquisa realizada por enfermeiras, as implicações de um estudo dessa natureza para a área da saúde estão voltadas no sentido de oferecer subsídios científicos em relação à saúde sexual dos indivíduos, que ampliem as possibilidades do cuidado de enfermagem para além do momento do adoecimento, considerando as intervenções que se sabem contribuir para a promoção do bem-estar, visando, dessa forma, a manutenção da vida com qualidade.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O CONCEITO PROMOÇÃO DA SAÚDE E O MODELO DE PENDER

O conceito *promoção da saúde* possui múltiplas referências que percorreram a linha da trajetória evolutiva histórica do setor saúde, tendo demonstrado um avanço na possibilidade de sua consolidação quando a saúde passou a ser entendida como um processo muito mais complexo do que simplesmente a ausência de doenças (BUSS, 2009; HARADA; PEDREIRA; VIANA, 2013; IDE, 2010).

O termo foi referenciado pela primeira vez pelo sanitarista Henry Sigerist, em 1945, que delimitou as quatro atividades essenciais da medicina – promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento dos enfermos e reabilitação - e afirmou que a saúde se promove proporcionando condições de vida decentes à sociedade. De modo semelhante, Thomas McKeown, no final do século XX, relacionou a melhoria da qualidade de vida das pessoas a fatores sociais, como o nível econômico e a nutrição, muito mais que as intervenções de caráter clínico (BUSS, 2009; HARADA; PEDREIRA; VIANA, 2013; IDE, 2010).

Posteriormente, Leavell e Clarck (1965) desenvolveram o conceito da história natural da doença, fundamentado no modelo explicativo dos determinantes do adoecimento, com o objetivo de direcionar o olhar da ciência sobre as etapas do processo da história da doença por níveis de prevenção (primária, secundária e terciária). Dentro desses três níveis, existiriam pelo menos cinco componentes distintos, sendo a primeira composta de medidas de promoção da saúde. No entanto, o enfoque apresentado possuía uma limitação voltada para a proteção do homem contra agentes patológicos do ambiente, especificamente, tornando-se inapropriada para outras situações (BUSS, 2009; HARADA; PEDREIRA; VIANA, 2013; IDE, 2010).

O conceito contemporâneo de Promoção da Saúde, bem como sua prática, se desenvolve de forma mais vigorosa em países em desenvolvimento nos últimos 25 anos. Por influência dos resultados decorrentes das conferências internacionais na área – como a Meta “Saúde para todos no ano 2000”, o Informe Lalonde (1974), a Declaração de Alma Ata (1978), a Carta de Ottawa (1986) e a Declaração de Adelaide (1988) -, a promoção da saúde abarcou referenciais sociopolíticos em seu horizonte teórico, fazendo-se entender que a ordem biológica dos organismos humanos coabita espaços com fatores ambientais, organizacionais e comportamentais, com ênfase no estilo de vida de pessoas e grupos. A Declaração de Alma Ata também incluiu em sua definição de promoção da saúde os cuidados primários, ao referir

que esses constituem a chave para uma melhor qualidade de vida (BUSS, 2009; HARADA; PEDREIRA; VIANA, 2013; IDE, 2010).

Mundialmente, existe uma política que emite a compreensão de que mudanças no estilo de vida são essenciais para a melhoria da condição de saúde dos indivíduos. A realização da Conferência Internacional de Promoção da Saúde em Bogotá (1992) destacou a importância da participação ativa das pessoas nas mudanças das condições sanitárias e no seu modo de viver, condizentes com uma cultura de saúde que se volta para a ação do indivíduo no controle ampliado de saúde, incluindo a sua própria conscientização e a do seu grupo social (HARADA; PEDREIRA; VIANA, 2013; IDE, 2010).

Nesse sentido, a promoção da saúde propõe uma articulação entre os conhecimentos técnicos e o senso comum, assim como a mobilização de recursos institucionais e comunitários, com o propósito de visualizar o panorama dos determinantes envolvidos no processo saúde-doença da população e, assim, contribuir para o enfrentamento e resolução dos problemas. Essa lógica da construção compartilhada do conhecimento reconhece que os saberes da população são elaborados sobre experiências concretas, proveniente de suas vivências, diferentemente daquela vivida pelos profissionais. Essa metodologia converge com as premissas da proposta pedagógica de Paulo Freire (2009) e requer o empoderamento dos cidadãos através de políticas públicas que materializem a transformação da realidade por meio do uso adequado da verba pública e da qualidade dos serviços (RIOS et al., 2007).

No Brasil, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, como produto resultante do Movimento da Reforma Sanitária, é considerado um marco na adoção de estratégias de promoção da saúde, já que prevê a integralidade, especialmente, como um dos princípios das práticas de saúde. Tal princípio visa a articulação das diversas dimensões das ações e dos serviços, de modo a contemplar a promoção, proteção e a recuperação da saúde em todos os seus níveis de atendimento, fato que rompeu com o antigo sistema de saúde dos anos 70, que se estruturava de modo polar: de um lado, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), na ocupação das ações assistenciais para responder a demanda espontânea; de outro, o Ministério da Saúde (MS), em um arranjo que deveria se ocupar das outras necessidades de saúde pública (BUSS, 2009).

Em 2006, a partir da Portaria nº 687, o Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) do SUS (revisada em agosto de 2014), visando o enfrentamento dos desafios de produção da saúde e a qualificação contínua das práticas sanitárias. Sua institucionalização no SUS iniciou-se em 2005, com a criação de um Comitê Gestor da Política, pela Portaria nº 1.190 e suas atualizações. A promoção da saúde ganhou

espaço com sua inclusão na Agenda de Compromissos pela Saúde, sendo agregada nos Pactos em Defesa do SUS, em Defesa da Vida e de Gestão (BRASIL, 2014).

Segundo o Ministério da Saúde, a promoção da saúde adota como princípios a equidade, a participação social, a autonomia, o empoderamento, a sustentabilidade, a integralidade e a territorialidade e consiste em um

conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, que se caracteriza pela articulação e cooperação intra e intersetorial e pela formação de redes integrais, com ampla participação e controle social. Assim, reconhece as demais políticas e tecnologias existentes visando à equidade e à qualidade de vida, com redução de vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (BRASIL, 2014, p. 4).

No entanto, apesar de toda a produção gerada em consonância com o conceito ampliado de promoção da saúde, os resultados alcançados na aplicação das medidas e programas oficiais que objetivam promover a qualidade de vida encontram-se longe de alcançar uma proximidade do que é almejado (IDE, 2010). De acordo com Pacheco (2012), dentre os princípios e diretrizes do SUS, talvez o da integralidade seja o que é menos visível na trajetória do sistema e de suas práticas.

Uma primeira dimensão da integralidade, no exercício das ações, se expressa exatamente na capacidade dos profissionais para responder ao sofrimento manifesto, que resultou na demanda espontânea, de um modo articulado à oferta relativa a ações ou procedimentos preventivos. Para muitos, isso significa incluir no seu cotidiano de trabalho rotinas de busca sistemática daquelas necessidades mais silenciosas, posto que menos vinculadas à experiência individual do sofrimento (MATTOS, 2004). No âmbito das doenças crônico-degenerativas, por exemplo, a contenção dos danos causados ao organismo humano, decorrentes de comportamentos de estilos de vida considerados não saudáveis, se confere como de difícil abordagem sob o prisma das relações intra e intersubjetiva, o que acaba contribuindo para a fragmentação da assistência (MASCARENHAS; MELO; FAGUNDES, 2012; MENDES, 2010).

Sob a perspectiva de uma visão mais aprofundada, Ayres (2007), ao considerar as dimensões ontológico-existenciais do indivíduo como “ser-aí” no mundo, refere que “é preciso que o cuidado em saúde considere e participe da construção de projetos humanos”. Então, quando o profissional cuida, é fulcral saber qual o *projeto de felicidade* do sujeito a quem se presta assistência. Ou seja, que concepção de vida bem sucedida orienta seus projetos existenciais e qual o papel que o cuidador desempenha, em termos de saúde, nas possibilidades de participar na construção desses *projetos de felicidade*? Corroborando com o

autor, se dificilmente os profissionais, na condição de cuidadores, chegam a indagar sobre os *projetos de felicidade* dos sujeitos, mais improvável ainda é a sua participação ativa nessa construção.

Na prática, esse desafio se depara em dificuldades de várias ordens e complexidades, em que as dificuldades de comunicação entre os profissionais de saúde e a população constituem-se apenas em um dos sintomas. Na visão de Rios et al. (2007), o problema fundamental parece ser epistemológico e esbarra no paradigma do racionalismo cartesiano, reducionista e mecanicista, dominante na ciência contemporânea e no campo da saúde. É essa influência tão presente na formação dos trabalhadores que ainda hoje se mantém como imperativa nos sistemas de saúde, tanto que grande parte dos profissionais sequer consegue enxergar e refletir o quanto é retrógrada para o desenvolvimento das relações interpessoais com os usuários.

Isso pressupõe a extrema necessidade e urgência de acrescer ao modelo biomédico vigente projetos teórico-instrumentais voltados à tentativa de apreensão dos modos de subjetivação, que favoreçam as bases materiais e simbólicas para o entendimento de diferentes modos de ser do sujeito, numa perspectiva psicossocial (IDE, 2010). Dentre as várias funções que as teorias possuem no campo da ciência, inclui-se a de projetar uma luz sobre determinados componentes de dados empíricos, estabelecendo relações significativas que podem conter até mesmo relações causais. Mais do que isso, as teorias possuem a capacidade de provocar pesquisas, cujos resultados podem confirmá-la ou colocá-la em estado de dúvida, sendo que em qualquer caso, contribuem para o avanço e o conhecimento de determinada área (BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008).

Nesta perspectiva, teorias e modelos de comportamentos de saúde podem ser explorados como tentativas de explicar, com base na construção compartilhada do conhecimento, por que indivíduos se engajam ou não em atividades saudáveis e como modificam individualmente comportamentos negativos. Essa proposta pode ser capaz de suscitar uma fuga da “objetivação dessubjetivadora” das práticas de saúde atuais, conforme notado por Ayres (2004), no sentido de revalorizar a dignidade da sabedoria prática como compromisso fundamental quando se quer cuidar.

Os objetivos traçados para o presente estudo estão embasados em um desses modelos conceituais, o Modelo de Promoção da Saúde (MPS), proposto em 1982 e revisado pela última vez em 2011 por Nola Pender, enfermeira mestra em Crescimento e desenvolvimento humano, doutora na área de Psicologia e ensino, e pesquisadora da Universidade de Michigan (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011).

O Modelo de Pender pode ser considerado como uma teoria de médio alcance pelo fato de ser constituído por conceitos e proposições relativamente concretas, que podem ser testadas de forma empírica e que proporcionam uma base para a geração de hipóteses testáveis relacionadas a determinado fenômeno e a certa população de pacientes (MCEWEN; WILLS, 2009).

Influenciado pelas bases conceituais da **Teoria social cognitiva**, de Albert Bandura, e da **Teoria de expectativa-valor**, de Feather (1988), o MPS busca fundamentar a concepção do fenômeno *promoção da saúde* em “atividades ou comportamentos da tendência humana voltados para o desenvolvimento de recursos que mantenham ou intensifiquem o bem-estar do indivíduo e sua realização pessoal” (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011), no sentido de reafirmar o papel do indivíduo na gestão de seus comportamentos

A **Teoria social cognitiva** foi estruturada em meados da década de 80 e tem sido considerada uma das poucas teorias psicológicas que continuam a influir consideravelmente os estudos dessa área. A mesma defende o pressuposto de que uma pessoa é motivada a adotar um determinado comportamento cujo resultado ela própria valoriza e que se sente capaz de desempenhar de modo eficaz. O comportamento é, então, influenciado por dois conjuntos de expectativas: as *expectativas de ação-resultado*, que traduzem a crença pessoal de que uma ação conduz a determinado resultado; e as *expectativas de auto-eficácia*, que refletem até que ponto as pessoas acreditam serem capazes de adotar o comportamento desejado (BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008; PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011).

Para o autor da teoria, o indivíduo é capaz de aprender também através da aprendizagem vicariante, ou reforço vicário, isto é, por meio da observação do comportamento de outras pessoas e de suas consequências. Entre o estímulo e a resposta, há também o espaço cognitivo de cada indivíduo. Um experimento notável procurou confirmar tal teoria: oito grupos de crianças com idades entre 37 e 69 meses foram submetidas a uma encenação diferente por modelos adultos que agrediam bonecos infláveis do tipo “João Bobo” (BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008).

O final de cada uma das encenações era diferente. No primeiro, o adulto era recompensado. No segundo, era punido e, no terceiro, não sofria consequência alguma. Em seguida, as crianças foram colocadas em uma sala com diferentes brinquedos - dentre eles, o “João Bobo” - onde podiam ser observadas sem perceberem. Constatou-se que o grupo que viu o adulto sendo recompensado tendia a repetir com maior frequência as agressões quando comparado aos dois últimos grupos, propondo-se, assim, que o juízo que as pessoas fazem de

certos comportamentos podem ser determinantes para resposta a certos estímulos (BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008).

Também está dentro de teoria social cognitiva a motivação e a autoeficácia. Em seus experimentos comprovou que estabelecer vários objetivos próximos é mais eficaz do que estabelecer objetivos distantes ou ainda não estabelecer objetivos. Foi comprovado, ainda, que a percepção de um grupo competente tornava a equipe mais eficaz do que um grupo que se percebesse incompetente mesmo com desempenhos individuais semelhantes entre os grupos e entre indivíduos em um pré-teste (BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008).

Por sua vez, a **Teoria de expectativa-valor** pressupõe que as escolhas do indivíduo de se envolver ou não em um comportamento, sua persistência e o desempenho são influenciadas simultaneamente pelo valor percebido na ação e pela expectativa de realizá-la com sucesso. Ademais, as próprias expectativas e o valor são influenciados por variáveis sociocognitivas, representadas pelas crenças sobre comportamentos específicos, que consistem de percepções de competência, da dificuldade de cada ação e das metas pessoais. Essas são influenciadas pelas memórias afetivas, pelas próprias interpretações de resultados anteriores e pelas atitudes e expectativas de outras pessoas para com eles (ECCLES; WIGFIELD, 1995).

Em relação às bases filosóficas do MPS, o mesmo parte da interação mútua de uma visão de mundo na qual os seres humanos são percebidos sob uma perspectiva holística, sendo que as partes podem ser estudadas no contexto do todo (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011). Diante disso, o *metaparadigma* da enfermagem (conjunto dos quatro conceitos principais usados na área que baseiam sua prática) fundamentado para o modelo de Pender é identificado pelos seguintes conceitos:

- “**Pessoa**” - organismo biopsicossocial parcialmente moldado pelo ambiente, mas que também procura criá-lo de tal forma que o seu potencial humano inerente e adquirido possam ser totalmente expressos;
- “**Ambiente**” - contexto social, cultural e físico no qual a vida se desenvolve e que pode ser manipulado pelo indivíduo para criar um contexto de sinais facilitadores para comportamentos que melhorem a saúde;
- “**Enfermagem**” - colaboração com indivíduos, famílias e comunidades para criar condições mais favoráveis com vistas à expressão da ótima saúde e de altos níveis de bem-estar;
- “**Saúde**” - experiência de vida em evolução (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011).

Fica claro que os metaparadigmas do MPS, apresentados acima, sinalizam o fato de que as possibilidades de mudanças de práticas de saúde não dependem exclusivamente da vontade individual das pessoas, mas do contexto onde tais individualidades se conformam e manifestam. Essa perspectiva se aproxima do conceito de *vulnerabilidade*, emergente no cenário da saúde pública mundial a partir da experiência da pandemia do HIV/aids, o qual reconhece os sujeitos como agentes da esfera pública da vida social (AYRES et al., 2012).

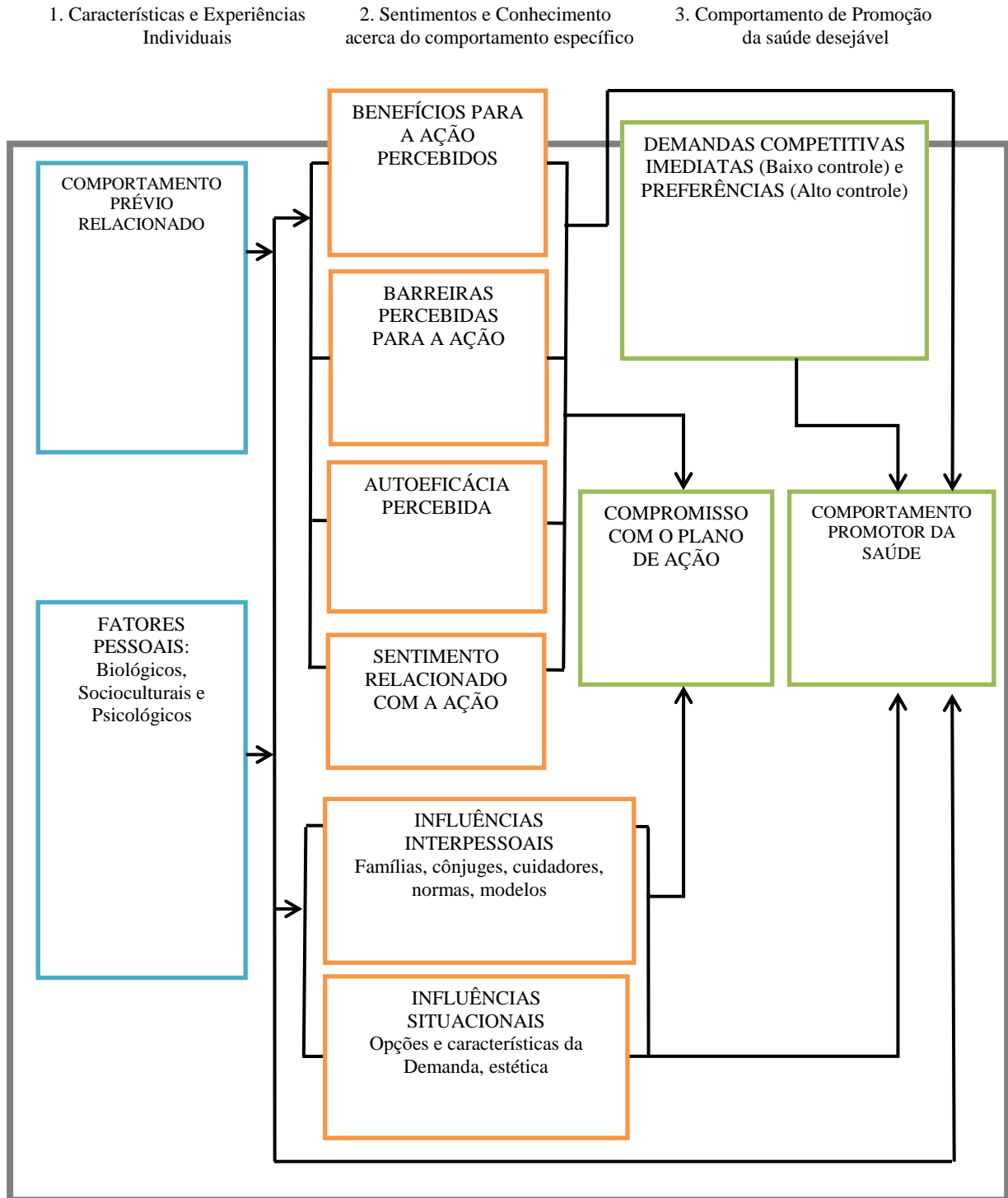
No contexto da aids tratado nesta dissertação, as análises de vulnerabilidade buscam integrar três eixos interdependentes de compreensão dos aspectos de vida das pessoas ou grupos, que se relacionam à sua saúde sexual e que as tornam mais ou menos susceptíveis ao adoecimento, as quais compreendem as dimensões individual, social e programática da vulnerabilidade (AYRES et al., 2012).

O componente **individual** diz respeito ao grau e à qualidade da informação de que os indivíduos dispõem sobre a aids, bem como à capacidade de elaborar essas informações e incorporá-las ao seu cotidiano de preocupações e transformá-las efetivamente em práticas. No componente **social**, é importante considerar o acesso às informações, a escolaridade do sujeito, a disponibilidade dos recursos e as possíveis barreiras culturais, fatores que, de certa forma, dependem das estruturas políticas e governamentais dos países. No componente **programático**, é necessário que os serviços intersetoriais assegurem a garantia dos recursos necessários para a efetivação da redução da vulnerabilidade dos indivíduos (AYRES et al., 2012).

Nessa lógica, o MPS mostra-se conveniente com uma teoria de atitude construtivista que busca aplicar, na prática, a interação entre os conhecimentos e as intervenções sobre as dimensões sociais dos processos saúde-doença. Assim, corroborando com Ayres et al. (2009), o papel do profissional da saúde se reposiciona como agente mediador do encontro que deve dar-se entre os sujeitos visados pela promoção da saúde e o conjunto de recursos que devem dispor para construir sua saúde.

O MPS fornece um diagrama (Figura 1) constituído por uma estrutura simples e clara que abrange as condutas que promovem a saúde de forma individual ou reunindo as pessoas em grupo, permitindo planejamento, intervenção e avaliação de suas ações pelo estudo da inter-relação de três componentes (VICTOR, LOPES e XIMENES, 2005), que foram utilizados como base para os objetivos do presente estudo.

Figura 1 – Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender



Fonte: PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011.

Os componentes do diagrama são descritos como: 1) **características e experiências individuais**, que envolvem as condutas prévias relacionadas a um comportamento específico e os fatores pessoais (biológicos, psicológicos e socioculturais) que conduzem ao indivíduo adotar determinado comportamento; 2) **sentimentos e conhecimentos sobre o**

comportamento que se deseja alcançar, que consistem nas variáveis modificáveis, cujas mudanças podem ser dependentes de motivações que partem das ações dos profissionais de saúde e que envolvem os próximos seis fatores ou crenças descritas no modelo; e 3) o **comportamento de promoção da saúde desejável**, ou seja, a ação dirigida aos resultados de saúde positivos (VICTOR, LOPES e XIMENES, 2005). Cada item incluído nos três componentes do diagrama foi explorado no corpo da apresentação dos resultados deste estudo.

Da quarta edição da obra de Nola Pender, surgiram catorze pressupostos teóricos indicadores de fatores que podem contribuir para a promoção da saúde e facilitar a adequação dos cuidados de enfermagem, os quais se mantêm na sexta edição da obra, a saber (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011):

- O comportamento anterior das pessoas e as características, herdadas ou adquiridas, influenciam suas crenças, os sentimentos e o desenvolvimento do comportamento de promoção de saúde;
- As pessoas comprometem-se mais facilmente com comportamentos dos quais prevêem benefícios pessoalmente valorizados;
- As barreiras percebidas podem inibir o compromisso com a ação, o mediador do comportamento e o comportamento;
- A competência percebida da eficácia para executar um certo comportamento aumenta a probabilidade do compromisso com a ação e com o desempenho real do comportamento;
- Uma maior auto-eficácia percebida resulta em menos barreiras percebidas para o comportamento de saúde específico;
- O sentimento positivo faz um comportamento chegar a uma eficácia que pode, pouco a pouco, levar a um aumento desse sentimento;
- É mais provável que as pessoas se comprometam a adotar comportamentos de promoção de saúde quando os indivíduos considerados importantes para elas esperam que seu comportamento seja produzido e oferecem ajuda e apoio para permití-la;
- As famílias, os cônjuges e os prestadores de cuidados de saúde são importantes fontes de influência interpessoal que podem aumentar ou diminuir o compromisso e a adoção de comportamentos de promoção da saúde;

- As influências situacionais no ambiente externo podem fazer aumentar ou diminuir o compromisso da participação na conduta promotora da saúde;
- Quanto maior o compromisso com um plano de ação específico, maior a probabilidade de que comportamentos de promoção da saúde ao longo do tempo sejam mantidos;
- É menos provável que o compromisso com um plano de ação acabe em um comportamento desejado quando as exigências contrapostas, nos quais as pessoas têm menos controle, requerem uma atenção imediata;
- É menos provável que o compromisso com um plano de ação chegue a um comportamento desejado quando umas ações são mais atrativas que outras e, para tanto, são preferidas na meta da conduta;
- As pessoas podem modificar os conhecimentos, o sentimento e o entorno interpessoal e físico para criar incentivos para as ações de saúde.

Como visto anteriormente, no contexto da promoção da saúde, o estilo de vida se destaca como um foco importante que deve ser estimulado durante as abordagens das equipes multidisciplinares, fazendo-se necessário, portanto, que seus múltiplos benefícios sejam conhecidos e explorados. Com vistas a explorar o que já foi publicado pelas comunidades científicas, o próximo capítulo aborda os aspectos importantes do estilo de vida relacionados às PVHA.

2.2 CONTRIBUIÇÕES DE UM ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL PARA AS PVHA

Com o intuito de mapear o conhecimento atual voltado para as investigações que abordam a temática específica, realizou-se uma revisão integrativa da literatura que objetivou analisar a contribuição da adoção de um estilo de vida saudável para a promoção da saúde das PVHA.

Para a busca dos estudos na literatura, foram utilizadas as seguintes fontes de informação: US National Library of Medicine National Institutes of Health (PubMed), Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), The Cochrane Library (Cochrane), Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature (CINHAL) e Base de Dados em Enfermagem (BDenf).

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão para a busca e seleção dos estudos: artigos científicos publicados em periódicos no período de outubro de 2003 a outubro de 2013, disponíveis nos idiomas português, inglês ou espanhol, e que respondessem à questão de pesquisa: qual o conhecimento produzido acerca da contribuição dos estilos de vida saudáveis na promoção da saúde de PVHA? Foram excluídos do estudo textos não disponíveis na íntegra e pesquisas relacionadas a sujeitos com idade inferior a 18 anos.

Em virtude das características específicas para o acesso das diferentes fontes de informação selecionadas, as estratégias de busca utilizadas para localizar os artigos foram adaptadas para cada uma, tendo como eixo norteador a pergunta de pesquisa e os critérios de inclusão previamente estabelecidos, no intuito de manter a coerência na busca dos artigos e evitar possíveis vieses.

Assim, houve o cruzamento dos seguintes descritores: “promoção da saúde and estilo de vida and HIV” or “health promotion and life style and HIV” or “promoción de la salud and estilo de vida and VIH”. Inicialmente, para a seleção das publicações, realizou-se a leitura exhaustiva de cada título e resumo no intuito de verificar a sua adequação com a pergunta de pesquisa da investigação e se atendiam aos demais critérios. A busca foi realizada por acesso online em novembro de 2013, sendo a amostra final desta revisão constituída por 13 artigos, conforme Quadro 1.

Quadro 1 – Seleção dos artigos de pesquisa nas fontes de dados LILACS, SciELO, PubMed, Cochrane, CINAHL e BDEnf, de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos. Brasil, 2014.

| | LILACS | SCIELO | PUBMED | COCHRANE | CINAHL | BDEFN | TOTAL |
|--|--------|--------|--------|----------|--------|-------|-----------|
| Produção encontrada | 129 | 47 | 1.670 | 72 | 151 | 21 | 2.086 |
| Não responde a questão de pesquisa | 123 | 38 | 1.666 | 69 | 147 | 20 | 2.063 |
| Repetido | - | 06 | - | - | 02 | 1 | 08 |
| Artigo relacionado ao público infantil | - | 02 | - | - | - | - | 02 |
| Total selecionado/ total de artigos desta revisão | 04 | 01 | 04 | 03 | 01 | 00 | 13 |

Fonte: dados do pesquisador.

Para a análise do conteúdo dos artigos foi construído um formulário de registro, preenchido para cada publicação da amostra final. O mesmo contém questões que permitiram obter as seguintes informações: título do estudo, base de indexação, ano de publicação, tipo/local de publicação, objetivo(s), métodos, sujeito(s), classificação do nível de evidência, de acordo com Stillwell et al. (2010), e síntese/conclusões do estudo em relação à pergunta de pesquisa. Após analisadas, as informações foram categorizadas de acordo com a contribuição evidenciada para a promoção da saúde das PVHA, a partir da adoção de estilos de vida saudáveis.

Dos artigos selecionados, a maioria teve origem internacional (n=9), sendo apenas quatro de origem nacional. Quanto às bases de dados, quatro foram identificados no LILACS, um na SciELO, quatro no PubMed, três na Cochrane e um no CINAHL. Em relação ao tipo de revista nas quais foram publicados, dois artigos pertenciam a alguma revista de enfermagem e cinco foram publicados em revistas de medicina, sendo as demais indexados em periódicos de outras áreas específicas - cineantropometria e desempenho humano (n=01), esportes e exercício (n=01), aids (n=01) e metabolismo clínico e experimental (n=02). Os títulos dos artigos, bem como a sua origem e periódico de indexação estão dispostos no Quadro 2.

Quadro 2 - Caracterização dos artigos incluídos na revisão integrativa sobre a contribuição do estilo de vida saudável para as PVHA. Brasil, 2014.

| Artigo | Origem/ Periódico |
|---|---|
| 1. Physical and leisure activity, body composition and life satisfaction in HIV-positive hispanics in Puerto Rico (MARRERO et al., 2004). | University of Puerto Rico/ Journal of the association of nurses in aids care |
| 2. The role of diet, exercise and smoking in dyslipidaemia in HIV-infected patients with lipodystrophy (SHAH et al., 2005). | University of Texas Southwestern Medical Center at Dallas/ HIV Medicine |
| 3. Estilo de vida de pacientes infectados pelo HIV e sua associação com a contagem de linfócitos T CD4+ (EIDAM et al., 2006). | UFSC/ Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano |
| 4. Body composition and metabolic effects of a diet and exercise weight loss regimen on obese, HIV-infected women (ENGELSON et al., 2006). | Columbia University/ Metabolism Clinical and Experimental |
| 5. Health promotion for women with HIV or aids (ABEL; HOPSON; DELVILLE, 2006). | Journal of the American Academy of Nurse Practitioners |

| | |
|--|--|
| 6. Effects of a lifestyle modification program in HIV-infected patients with the metabolic syndrome (FITCH et al., 2006). | Emory University School of Medicine, Atlanta, GA, USA/ AIDS |
| 7. Adherence to Mediterranean diet is favorably associated with metabolic parameters in HIV-positive patients with the highly active antiretroviral therapy induced metabolic syndrome and lipodystrophy (TSIODRAS et al., 2009). | Harvard Medical School/ Metabolism Clinical and Experimental |
| 8. Aerobic exercise interventions for adults living with HIV/aids (O'BRIEN; TYNAN; GLAZIER, 2010). | University of Toronto/ The Cochrane Library |
| 9. Yoga lifestyle intervention reduces blood pressure in HIV-infected adults with cardiovascular disease risk factors (CADE et al., 2010). | Washington University School of Medicine/ HIV Med |
| 10. Nutritional and metabolic status of HIV-positive patients with lipodystrophy during one year of follow-up (ANJOS et al., 2011). | Universidade de São Paulo/ Clinical Science |
| 11. Lipodystrophy in HIV/aids patients with different level of physical activity while on antiretroviral therapy (SEGATTO et al., 2011). | Universidade Estadual Paulista/ Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical |
| 12. Terapia nutricional nas alterações metabólicas em pessoas vivendo com HIV/aids (FALCO; CASTRO; SILVEIRA, 2012). | Universidade Federal de Goiás/ Revista de Saúde Pública |
| 13. Intensive Lifestyle Modification Reduces Lp-PLA2 in Dyslipidemic HIV/HAART Patients (WOOTEN et al., 2013). | Baylor College of Medicine, TX, USA/ Medicine & science in Sports & exercise |

Fonte: dados do pesquisador.

Quanto ao desenho metodológico (Quadro 3), os artigos foram classificados como: estudo transversal descritivo (n=4), revisão sistemática (n=02), ensaios clínicos randomizados controlados (n=04) e ensaios clínicos sem randomização (n=03). Todas as pesquisas tiveram como foco as PVHA, adultas, em uso ou não de antirretrovirais (ARV). Assim, verificou-se dois artigos de nível de evidência I, quatro, de nível II, três trabalhos de nível III e quatro, de nível VI.

Quadro 3 – Caracterização dos estudos selecionados na revisão integrativa sobre a contribuição do estilo de vida saudável para as PVHA, quanto ao desenho metodológico. Brasil, 2014.

| Tipo de estudo | N | % | Artigos |
|---------------------------------|----------|----------|----------------|
| Transversal descritivo | 04 | 30,7 | 2, 3, 7, 11 |
| Revisão sistemática | 02 | 15,3 | 8, 12 |
| Ensaio clínico randomizado | 04 | 30,7 | 6, 9, 10, 13 |
| Ensaio clínico sem randomização | 03 | 23 | 1, 4, 5 |

Fonte: dados do pesquisador.

As variáveis do estilo de vida trabalhadas nas pesquisas estão dispostas no Quadro 4 e incluíram: exercício/atividade física, dieta/hábitos alimentares, controle do estresse, relacionamentos (convivência com amigos, lazer, participação em associações da comunidade ou grupos) e comportamentos preventivos (comparecimento ao serviço de saúde, realização de exames de rotina, uso do preservativo durante as relações sexuais e cessação do uso de bebidas alcoólicas, cigarros e outras drogas).

Quadro 4 – Variáveis do estilo de vida trabalhadas nos estudos da revisão integrativa sobre a contribuição do estilo de vida saudável para as PVHA. Brasil, 2014.

| Variável do estilo de vida trabalhado* | N | Artigos |
|---|----------|---------------------------------------|
| Exercício/atividade física | 12 | 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13 |
| Dieta/hábitos alimentares | 08 | 2, 3, 5, 6, 7, 10, 12, 13 |
| Controle do estresse | 03 | 1, 3, 5 |
| Relacionamentos | 02 | 3, 5 |
| Comportamentos preventivos | 02 | 2, 3 |

*Alguns estudos contêm mais de uma variável. Fonte: dados do pesquisador.

As principais contribuições identificadas em cada intervenção relacionada ao estilo de vida trabalhado nos estudos realizados com as PVHA compreenderam, em sua maioria, efeitos positivos sobre a síndrome lipodistrófica (n=11), seguidos dos efeitos sobre o bem-estar emocional (n=4), pressão arterial (n=2), aptidão cardiorrespiratória (n=1) e sobre o marcador imunológico – células T CD4+ (n=1), conforme apresentado no Quadro 5.

Quadro 5 - Principais contribuições identificadas nas intervenções relacionadas ao estilo de vida trabalhadas nos artigos incluídos no estudo e suas respectivas referências. Brasil, 2014.

| Principais contribuições | Artigos |
|---|------------------------------------|
| Efeitos sobre a síndrome lipodistrófica | 2, 3, 5, 6,7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 |
| Efeitos sobre o bem-estar emocional | 2, 6, 9 |
| Efeitos sobre a pressão arterial | 7, 10 |
| Efeitos sobre a aptidão cardiorrespiratória | 9 |
| Efeitos sobre o marcador imunológico | 4, 12 |

Fonte: dados do pesquisador.

Os artigos incluídos norteiam hábitos do estilo de vida que manifestam contribuições para a saúde dos sujeitos e essas, por sua vez, podem servir de apoio aos profissionais de saúde, que devem prestar um cuidado qualificado a esses pacientes. A seguir, são apresentadas as principais contribuições evidenciadas.

- Efeitos sobre a síndrome lipodistrófica

A síndrome lipodistrófica é caracterizada por modificações metabólicas, com aumento nos níveis séricos de colesterol, triglicerídeos e de glicemia, associada à resistência insulínica, somada a alterações ósseas, acidose láctica (mais raramente) e à distribuição anômala da gordura corporal - há perda do tecido adiposo subcutâneo periférico e acúmulo de gordura central (BRASIL, 2012).

O primeiro relato desta síndrome surgiu por volta de 1998; sua etiopatogenia ainda é desconhecida, mas sabe-se que a ocorrência da mesma está relacionada à TARV (toxicidade mitocondrial) – especialmente no que diz respeito ao uso dos Inibidores de Protease (IP), à infecção crônica provocada pelo HIV, a fatores genéticos e a hábitos de vida do portador (BRASIL, 2012; ARMENTANO et al., 2013).

Onze estudos desta revisão (artigos 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 e 14) analisaram o efeito de intervenções em PVHA a partir da realização de atividades físicas moderadas a intensas, isoladas ou combinadas, e da modificação da dieta, obtendo-se efeitos positivos relacionados à síndrome lipodistrófica.

Em pesquisa realizada no Porto Rico com 68 participantes que vivem com HIV, os autores demonstraram que os sujeitos fisicamente ativos apresentaram maior pontuação na composição corporal saudável em comparação com os fisicamente inativos, o que incluiu

medidas inferiores no Índice de Massa Corpórea (IMC), nas dobras cutâneas e circunferência abdominal (SHAH et al., 2005).

De modo semelhante, outro estudo verificou maior ocorrência de lipodistrofia no grupo sedentário quando comparado ao ativo, além de encontrar, em seus resultados, um fator protetor da prática da atividade física em relação à ocorrência da lipodistrofia: os pacientes fisicamente ativos eram 79% menos propensos a ter lipodistrofia do que os pacientes sedentários (FALCO; CASTRO; SILVEIRA, 2012; WOOTEN et al., 2013).

Outros pesquisadores investigaram o papel dos macronutrientes da dieta, exercício e tabagismo na contribuição para a dislipidemia em pessoas com HIV em uso de IP e evidenciaram que a realização exercício aeróbico tende a ser associado com maiores níveis de colesterol de alta densidade (HDL). Em relação à dieta, a ingestão de gordura trans foi positivamente relacionada com triglicerídeos (TG), enquanto que o consumo de fibra solúvel foi negativamente relacionado ao colesterol de baixa densidade (LDL). O ato de fumar não foi associado com nenhuma das variáveis metabólicas (EIDAM et al., 2006).

Em estudo que avaliou os efeitos da perda de peso através de dieta e da restrição de energia combinada com aeróbica e exercício resistido sobre a composição corporal, distribuição de gordura, força e os fatores de risco metabólicos em 18 mulheres obesas vivendo com HIV, evidenciou-se que o programa de curto prazo, realizado em 12 semanas, parece seguro e induz a perda de adiposidade. Apesar da redução da ingestão de alimentos, peso e perda de gordura, bem como melhorias na força, aptidão e qualidade de vida, a falta de melhoria dos parâmetros metabólicos sugeriu que intervenções adicionais podem ser necessárias para reduzir o risco de diabetes e doença cardiovascular nessa população (ABEL; HOPSON; DELVILLE, 2006).

Estudiosos realizaram acompanhamento de seis meses e proposta de modificação do estilo de vida, incluindo dieta e exercício físico. Essa pesquisa incluiu 28 pacientes com síndrome metabólica aleatoriamente distribuídos em grupo intervenção (GI) e grupo controle (GC), sendo que o GI recebeu aconselhamento sobre dieta saudável e atividade física durante todo o estudo. As características sociodemográficas e clínicas dos participantes dos dois grupos foram comparadas no início da pesquisa e não foram encontradas diferenças significativas (TSIODRAS et al., 2009).

Os indivíduos do GI apresentaram redução significativa da circunferência da cintura (CC), hemoglobina glicada e da lipodistrofia quando comparados ao GC. No entanto, não foram encontrados efeitos significativos para TG, HDL e LDL colesterol (TSIODRAS et al.,

2009). Houve pequeno número de participantes no estudo e curto tempo de seguimento, o que pode interferir nos resultados.

Uma pesquisa que investigou a relação da adesão à dieta aproximada ao padrão alimentar mediterrânico com aspectos metabólicos induzidos pela TARV em 227 pacientes encontrou uma fraca associação inversa entre a resistência à insulina. O escore da dieta calculado foi positivamente correlacionado com o colesterol HDL e associado negativamente com os níveis de triglicérides circulantes no grupo de pacientes (O'BRIEN et al., 2010).

Uma revisão sistemática que analisou 14 estudos concluiu que a realização de exercícios aeróbicos constantes ou em intervalo por pelo menos 20 minutos em três vezes por semana, durante pelo menos cinco semanas, parece ser segura e pode levar à significativa melhoria da composição corporal (área músculo da perna e percentual de gordura corporal) (CADE et al., 2010).

A prática de yoga supervisionada durante 20 semanas em uma pesquisa realizada com 227 sujeitos demonstrou que houve maior redução no peso corporal, massa gorda e lipídeos pró-aterogênicos dos participantes, além de melhorias na tolerância à glicose (CADE et al., 2010). Outro estudo distribuiu aleatoriamente 53 indivíduos em um grupo de seguimento com aconselhamento para modificação do hábito alimentar e prática de exercício físico por 12 meses em detrimento do seguimento durante 6 meses e demonstrou que os níveis de TG séricos foram significativamente menores, e os níveis de HDL e massa magra elevaram-se no grupo acompanhado por 12 meses (SEGATTO et al., 2011).

Estudiosos realizaram um ensaio clínico randomizado durante 24 semanas no intuito de determinar se um intenso programa de dieta e exercício (D/E), independentemente ou combinado com fenofibrato ou niacina, poderia reduzir a Lipoproteína associada a Fosfolipase A2 (Lp-PLA2), um biomarcador associado ao risco de doença cardiovascular, ou RANTES – quimiocina regulada sob ativação e secretada por células T normais. Como resultado, a Lp-PLA2 foi menor em pacientes que receberam D/E, D/E mais fenofibrato e D/E mais niacina, quando comparados com os pacientes que receberam apenas o tratamento usual. As concentrações de RANTES não foram significativamente afetadas por qualquer intervenção (WOOTEN et al., 2013).

Com base nos achados supracitados, sugere-se a mudança do estilo de vida, relacionado à inclusão de dieta e exercício físico, para melhoria da composição corporal provocada pela lipodistrofia e para a redução das alterações metabólicas associadas a essa síndrome.

- Efeitos sobre o bem-estar emocional

No universo do processo saúde-doença relacionado à infecção pelo HIV existem evidências sobre a relação entre o sistema imunológico e o sistema nervoso dos indivíduos com fatores psicossociais (CALVETTI; MULLER; NUNES, 2008). Nesta perspectiva, os profissionais de saúde que lidam com esse grupo de pacientes devem somar esforços para que o seu cuidado seja realizado de maneira integral, destacando aspectos relacionados a hábitos e estilos de vida, estresse e estratégias de coping e/ou enfrentamento, espiritualidade e apoio social.

Um estudo desta revisão demonstrou que os participantes classificados como fisicamente ativos apresentaram maior pontuação na satisfação com a vida (MARRERO et al., 2004). De modo semelhante, uma revisão sistemática demonstrou que a prática de exercícios aeróbicos foi capaz de melhorar o estado psicológico (sintomas de depressão) nos grupos estudados (O'BRIEN et al., 2010).

Sob a perspectiva da espiritualidade, as participantes de uma pesquisa realizada por enfermeiras enfatizaram a importância deste fator como um meio de lidar com os efeitos físicos e emocionais do HIV e com os desafios que enfrentam ao lidar com o estigma associado à infecção (ABEL; HOPSON; DELVILLE, 2006).

Apesar das sínteses dos resultados apresentados, não é possível sugerir condutas mais detalhadas a respeito do papel das práticas do estilo de vida saudável trabalhadas sobre o bem-estar emocional das PVHA, uma vez que poucos estudos avaliaram esse desfecho específico (artigos 2, 6, 9).

- Efeitos sobre a pressão arterial

Poucos estudos (artigos 7 e 10) avaliaram a pressão arterial em PVHA. Uma intervenção realizada por meio de modificação do estilo de vida com dieta específica para controle de síndrome metabólica relacionada à TARV e atividade física apresentou uma redução significativa da pressão arterial sistólica no GI em detrimento do GC (FITCH et al., 2006). Pesquisa realizada com práticas de yoga alcançou resultados semelhantes (CADE et al., 2010).

As VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão recomendam que o tratamento da hipertensão arterial sistêmica inclua modificações no estilo de vida (SBC, 2010). Essa recomendação parece ser válida para PVHA em uso de TARV, uma vez que há resultado

positivo com modificação no estilo de vida, mesmo que apenas na pressão arterial sistólica. Entretanto, a análise de apenas dois estudos não permite conclusões mais detalhadas.

- Outros efeitos

Outros efeitos além dos descritos, como a melhora da aptidão cardiorrespiratória (consumo máximo de oxigênio) e do nível do marcador imunológico também foram encontrados nos artigos 4 e 12 (EIDAM et al., 2006; O'BRIEN et al., 2010; SEGATTO et al., 2011). Outros estudos, apesar de não terem evidenciado em seus resultados um aumento deste último fator, demonstraram que o estado imunológico e virológico dos sujeitos não foi afetado de forma adversa ou deletéria (MARRERO et al., 2004; CADE et al., 2010).

Pesquisadores buscaram associar o estilo de vida de 111 PVHA, traçado a partir de um questionário, com a última contagem dos LT CD4+ e demonstraram que o controle do estresse satisfatório – reserva de tempo (ao menos 5 minutos) diário para relaxar; capacidade de manter uma discussão sem alterar-se, mesmo quando contrariados; equilíbrio do tempo dedicado ao trabalho com o tempo dedicado ao lazer - apresentou associação estatisticamente significativa com a contagem de LT CD4+ igual ou superior a 296 cel/mm³ (EIDAM et al., 2006). Sob a perspectiva da atividade física, outros estudiosos observaram que os participantes com atividade física ativa apresentaram níveis de LT CD4+ mais altos (SEGATTO et al., 2011).

Em relação a esse desfecho, existem poucas evidências sobre a relação do estilo de vida saudável sobre o controle das células LT CD4+, apesar da evidência do não comprometimento negativo deste marcador. O conjunto de resultados disponíveis na literatura científica ainda é pouco conclusivo, o que sugere que maiores investigações devem ser realizadas.

De uma maneira geral, dentre os desfechos estudados, as intervenções dietéticas e de atividades físicas foram mais comuns e contemplaram resultados de maior magnitude sobre as modificações metabólicas relacionadas ao uso da TARV, especialmente no que diz respeito à melhora da lipodistrofia, níveis de TG e colesterol, importantes fatores que contribuem para o adoecimento observado a longo prazo na infecção pelo HIV. Efeitos dessas mesmas intervenções, somadas ao controle do estresse, também foram observadas sobre o bem-estar emocional dos grupos dos pacientes estudados e, em menor proporção, sobre a pressão arterial, aptidão cardiorrespiratória e marcador imunológico.

Isso aponta a necessidade de mais investigações relacionadas à contribuição de outros aspectos do estilo de vida, a exemplo do comportamento sexual, gerenciamento de estresse e cessação do etilismo e do tabagismo, este último configurado como principal causa de morte evitável no mundo e alta prevalência em PVHA quando comparada com a população em geral (BATISTA et al., 2013).

Apesar de todas as pesquisas terem conseguido evidenciar efeitos positivos em pelo menos um desfecho para a população que vive com HIV, a heterogeneidade do tipo e do tempo das intervenções relacionadas ao estilo de vida das PVHA tratadas nos artigos, bem como dos critérios de elegibilidade quanto à inclusão dos sujeitos dos estudos (estágio da infecção em que se encontrava cada amostra, variação no uso dos medicamentos da TARV, entre outros) é uma limitação desta revisão, pois dificulta a comparação entre os resultados alcançados.

Levando-se em consideração que a condição de viver com HIV/aids assumiu características semelhantes a outras doenças crônicas não transmissíveis, exigindo modificações nos hábitos de vida por parte do portador, esta revisão permitiu, de certa forma, que a continuidade desta dissertação voltasse sua atenção para a promoção da saúde sexual, com uma análise que se propôs ir além do aspecto comportamental individual, a partir de uma investigação que se volta também para o contexto social do indivíduo. Para isso, utilizou-se de um Modelo Teórico que respalda o seu uso, de modo a contribuir para uma prática consolidada e baseada em evidências.

Ademais, conhecidas as contribuições alcançadas com a adoção de estilos de vida saudáveis para a qualidade de vida das PVHA, ressalta-se a importância dos profissionais da área, enquanto agentes promotores de cuidado, em explorar as potencialidades desses pacientes para se engajarem em comportamentos que sejam promotores da saúde sexual, já que o elemento da sexualidade pode ser considerado como um dos aspectos-chave da experiência humana, que necessita ser compreendido de modo a enfrentar com maior eficácia os problemas apresentados pela epidemia do HIV.

Destarte, este estudo considera a promoção da saúde como um paradigma que não se limita à abordagem do estilo de vida e da adoção de comportamentos por si só, mas que se preocupa com a capacidade do próprio sujeito em conduzir a vida e o seu processo saúde-doença. No caso da saúde sexual, essa dimensão demanda uma percepção acerca da subjetividade amorosa e de intimidade das pessoas, baseada na autoestima e no respeito mútuo nas suas relações, assunto abordado no subitem que se segue.

2.3 SAÚDE SEXUAL E RELAÇÕES AFETIVAS EM TEMPOS DE AIDS

O conceito sexualidade tem um sentido amplo e constitui um aspecto inerente a todo ser humano; está associado a hábitos, costumes, significados, atitudes e à história de cada pessoa (REIS; GIR, 2010). Ao mostrar a importância da vida sexual e afetiva, Riscado (2013) ressalta que a sexualidade se assemelha à vida social, uma vez que é uma atividade provocada por circunstâncias culturais, que difere de uma era histórica para outra ou de uma cultura para outra.

Ao se fazer presente no mundo moderno, a pandemia do HIV levantou a ameaça de uma crise de rápida disseminação e agravamento, que desafiou, especialmente, a capacidade das pessoas de lidar de forma humanitária com uma doença repleta de símbolos e imagens imprecisas, e que incitaram atitudes tomadas pelo medo, negação, intolerância e preconceito às pessoas atingidas por ela. Isso porque a infecção estava associada a grupos considerados marginalizados, como os homossexuais, usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo, até então denominados “grupos de risco” (CUNHA, 2010).

Foi assim, diante do desconhecido, que a sociedade produziu as primeiras representações apoiadas na ideia de uma doença contagiosa, incurável, que levava à deformação física e à morte, e que atingia pessoas com valores e atitudes repreendidas moralmente, tão relacionadas à sexualidade (RISCADO, 2013). Em outras palavras, desde a sua origem, a aids vem sendo associada a práticas sexuais externas às regras sociais e, portanto, a uma sexualidade “anormal” e a um padrão de condutas capaz de ameaçar o bem-estar social (SOUTO et al., 2009).

Em decorrência da disponibilidade cada vez mais aperfeiçoada de recursos terapêuticos eficazes para o tratamento do HIV, a reconstrução dos projetos de vida após a descoberta da soropositividade tornou-se possível (OLIVEIRA; NEGRA; NOGUEIRA-MARTINS, 2014). Esse tema tornou-se objeto de preocupação no âmbito dos programas de saúde justamente porque o tratamento da infecção desvia a morte física do caminho da PVHA, abrindo-lhe a possibilidade do retorno a uma vida praticamente normal, pelo menos do ponto de vista orgânico. Isto é, a anatomia e a fisiologia genitais da pessoa permanecem sadias, assim como suas outras funções corporais implicando na possibilidade de estabelecimento de novas relações amorosas, constituídas tanto com pessoas que vivem com a mesma infecção – relação soroconcordante - quanto com pessoas não portadoras do HIV/aids – relação sorodiscordante (REIS; GIR, 2009; SOUTO et al., 2009).

No entanto, existem situações em que a sexualidade das PVHA ainda se mantém seriamente comprometida por seus significados, uma vez que o estigma, ou seja, o vírus, não é eliminado do organismo. Dessa forma, há casos em que ainda não pode ter sido oportuno a esses indivíduos retornar à normalidade sexual desejada, caracterizada pela posse de todos os atributos que lhe permitem uma convivência plena com os outros (SOUTO et al., 2009).

A essência dos valores íntimos e a formação dos laços matrimoniais tomaram avanços significativos na Idade Moderna (1453-1789), a partir da relevância das ideias do amor designado romântico, o que colaborou para transformações seculares que afetaram a vida social como um todo. Por conseguinte, a difusão de pensamento do “amor romântico” começou a se estabilizar cada vez mais enquanto norma de conduta emocional e social, baseando-se em considerações além dos julgamentos do valor econômico e proporcionando, dessa forma, mudanças importantes que repercutiram no comportamento das pessoas frente às suas relações, principalmente as relações afetivo-conjugais (LIMA; SILVA; PICHELLI, 2013). Antes disso, os antepassados concebiam as relações como algo muito frágil pra que pudessem pautar suas vidas nestas relações sociais (RODRIGUES, 2013).

No quadro de mudanças concernentes ao amor romântico observou-se, então, uma maior evidência e sentido à relação amorosa entre o par, o que, por sua vez, “proporcionou ao vínculo conjugal um significado diferenciado, onde os cônjuges valorizavam o sentimento de pertencimento, renúncia e a confiança completa e incondicional, de subordinação objetiva e subjetiva, no outro-parceiro” (LIMA; SILVA; PICHELLI, 2013).

Essa condição, arraigada no ser do outro em detrimento do ser de si, foi percebida como um marco fundamental de fragilização e de naturalização dos entendimentos, crenças, discursos e práticas referentes às atribuições de gênero vivenciadas na sexualidade da época, especialmente no poder estabelecido pelo sexo masculino sobre o feminino. Para Lima, Silva e Pichelli (2013, p. 3),

essa naturalização foi capaz de implicar, conseqüentemente, na fragilização das ações de prevenção e da promoção da saúde, pois, a partir do momento em que a confiança no parceiro estabeleceu-se integralmente, situada nas crenças de convicção ao pertencimento exclusivo ao marido, as mulheres abriram mão da prática sexual com proteção.

Ademais, a crença e os valores morais relacionados às uniões consensuais e aos casamentos tradicionais, ligados ao amor, cumplicidade, fidelidade e respeito mútuo, trazem um pressuposto de que, uma vez assumidos esses compromissos, os envolvidos estariam protegidos do HIV. No entanto, isso não se mostra como uma realidade. Já é reconhecida,

inclusive, a “presença dessa infecção em ambientes familiares tradicionais e na vigência de relacionamentos sexuais estáveis, até mesmo naqueles protegidos pela instituição matrimonial formal”. Essa não percepção de vulnerabilidade, seja nas relações hetero ou homossexuais, pode desvalorizar a importância da comunicação entre parceiros sobre a sexualidade e a saúde sexual, por entender-se que, seguindo tais regras, a normalidade da vida sexual que levam está garantida (SOUTO et al., 2009).

Esse fenômeno pode suscitar uma percepção de culpa e responsabilização na pessoa que transmite o HIV a alguém com quem possui um laço afetivo estruturado não só pelo amor, como também pela crença na segurança sexual que parece surgir da própria configuração desse afeto. Em consequência, diversas formas de disfunção e um estado de “anormalidade” sexual podem ser percebidos, como um dos efeitos da frustração dessas crenças e sentimentos (SOUTO et al., 2009).

Indo além, esse desajustamento acarreta, entre outras dificuldades, inseguranças em relação à geração de filhos, estruturação familiar e, assim, desejo de imortalização por meio de descendentes. É fundamental, portanto, que os serviços de saúde assumam o papel de espaços privilegiados para que sejam incluídas em sua rotina diferentes formas de superação dessas dificuldades e que se construam alternativas prazerosas e mais seguras para que as PVHA continuem se relacionando afetiva e sexualmente (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS, 2009).

Nesse processo, é primordial que os profissionais compreendam que, ao se relacionarem sexualmente, as PVHA devem cuidar não apenas da proteção do outro, mas do seu próprio bem-estar. Para tanto, este estudo se propõe a explorar os processos biológico, psicológico e social dos indivíduos que podem permear o seu direito de ter uma vida sexual ativa e saudável. O capítulo seguinte trata dos caminhos metodológicos trilhados para a construção da presente pesquisa.

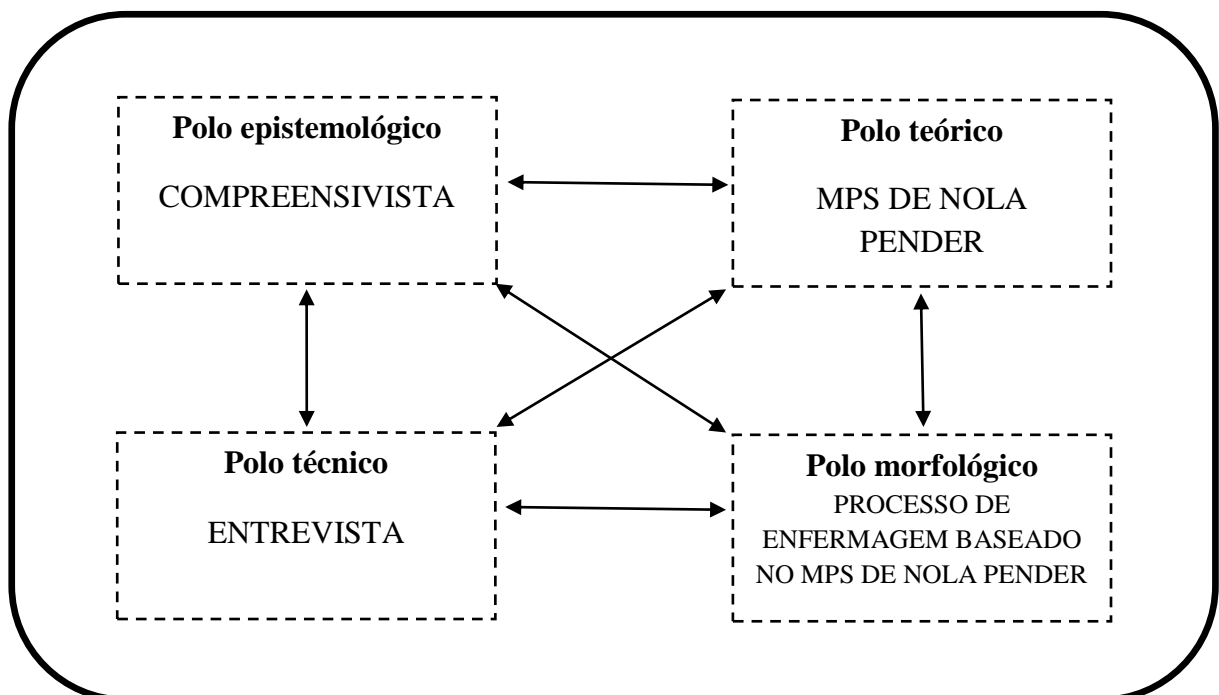
3 METODOLOGIA

3.1 O ESPAÇO QUADRIPOLAR DO ESTUDO

Para realizar uma análise do comportamento sexual de PVHA, conforme proposto neste estudo, um desenho de pesquisa qualitativa mostrou-se como o mais adequado, uma vez que esse método consente descobrir e entender o significado de eventos, práticas sociais, percepções próprias e ações dos indivíduos estudados a partir de uma profundidade maior das relações e dos fenômenos que não podem ser reproduzidos à operacionalização de variáveis (GIL; LICHT; SANTOS, 2006).

Diante dessa perspectiva, a fim de garantir que o rigor e a coerência da prática científica sejam estabelecidos, é interessante que uma pesquisa seja concebida a partir de um espaço constituído por diferentes polos que estabelecem um campo de força entre si, cada um deles interdependentes ao outro e submetidos a determinados fluxos, introduzindo um modelo topológico e não cronológico da produção científica. A esse espaço, alguns autores denominam como “espaço metodológico quadripolar” (Figura 2), em que quatro pólos podem ser percebidos, a saber: epistemológico, teórico, morfológico e técnico (DE BRUYNE; HERMAN, SCHOUTHEETE, 1991).

Figura 2 – Representação do espaço metodológico quadripolar da pesquisa.



O **polo epistemológico** determina as regras essenciais da produção do conhecimento. O compreensivismo, visão de mundo aqui adotada, propõe compreender a ação humana a partir da subjetividade da pessoa, em toda sua complexidade, que se objetiva na ação do comportamento, permitindo, para isso, a interação de um campo interdisciplinar (VAN DER SAND et al., 2013). O **polo teórico** propõe as regras de análise e interpretação da realidade estudada, e nesta pesquisa ele está representado no diagrama do Modelo de Promoção da Saúde (MPS) de Nola Pender (2011), cuja explicação foi concebida anteriormente.

O **polo morfológico**, no caso desta investigação, o processo de enfermagem proposto por Nola Pender no MPS (2011), dita as regras de estruturação da pesquisa e de sua objetivação, suscitando um método de ordenação dos elementos constitutivos dos objetos científicos. Este polo representa o plano de organização dos fenômenos, os modos de articulação da expressão teórica objetivada da problemática da pesquisa (VAN DER SAND et al., 2013).

Por sua vez, o **polo técnico** enuncia as regras para proceder à coleta de dados e indica as escolhas práticas do encontro do pesquisador com os fatos empíricos (VAN DER SAND et al., 2013). Neste estudo, a fundamentação para a construção dos objetivos propostos tem como base os dados coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, uma técnica em que o investigador se encontra presente junto ao informante e formula questões relativas ao seu problema. A opção por esse método se deu pelo fato do instrumento possibilitar o acesso a dados descritivos da linguagem própria do sujeito e permitir que o investigador desenvolva, interativamente, uma ideia sobre a forma como os indivíduos interpretam aspectos do mundo (TRIVIÑOS, 1987).

O instrumento aqui utilizado para produzir as informações foi um roteiro de entrevista semiestruturado (Apêndice A) contendo questões que permitiram a caracterização dos sujeitos (idade, sexo, estado civil, tempo de estudo, condições socioeconômicas, naturalidade/município de residência atual e condições de saúde) e perguntas adaptadas do diagrama do MPS (2011) relacionadas aos comportamentos sexuais revelados no estilo de vida da pessoa com HIV. Os dados socioeconômicos foram traçados utilizando-se a classificação da renda média mensal, segundo Critério de Classificação Econômica do Brasil – CCEB (ABEP, 2014). Na oportunidade do momento da entrevista, também foi realizado levantamento do uso de esquemas de TARV e consulta aos resultados dos primeiros e últimos exames de quantificação da carga viral do HIV (cópias) e do marcador de imunidade LT CD4+ (unidades celulares/mm³) dos sujeitos.

3.2 CENÁRIO

No Brasil, mais de 600 serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) prestam assistência ambulatorial às PVHA (BRASIL, 2008). Em Maceió, existem três Serviços de Atendimento Especializado (SAE) em HIV/aids, responsáveis pelo atendimento de toda a demanda do estado de Alagoas, os quais incluem o SAE do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA/UFAL), o SAE Dr. Marcelo Constant, do Hospital Escola Dr. Hélvio Auto (HEHA), e o SAE do Posto de Atendimento Médico (PAM Salgadinho – Bloco I). Este último, localizado no bairro do Poço, compreende o cenário desta pesquisa, escolhido por ser considerado um dos maiores serviços do estado em número de atendimentos ambulatoriais e por ser o único que, no período da pesquisa, estava recebendo todos os casos novos de HIV de Alagoas.

O SAE do PAM Salgadinho é uma unidade de saúde que funciona nos turnos matutinos e vespertinos; presta assistência por meio de equipe multidisciplinar especializada (quatro enfermeiras, cinco médicos infectologistas, duas médicas ginecologistas/obstetras, um psiquiatra, uma dermatologista, uma gastroenterologista, uma pediatra, uma nutricionista, três psicólogos e duas assistentes sociais), sendo direcionada ao público de adultos, gestantes, idosos, adolescentes e crianças expostas. No bloco I também funciona o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA); no espaço também ocorrem reuniões com o grupo de gestantes e de jovens, com a rede nacional de PVHA e com o Movimento Cidadãs PositHIVas.

3.3 SUJEITOS

Inserem-se como sujeitos deste estudo 14 (catorze) usuários cadastrados no SAE do serviço de saúde proposto. A escolha desses indivíduos foi decidida em função da relevância do tema para esse grupo, para os quais se pretende elucidar questões referentes ao processo da adoção de estilos de vida saudáveis, contribuindo, assim, para a promoção da sua saúde, prevenção de complicações e qualidade de vida.

Os critérios de inclusão adotados na pesquisa foram: indivíduos maiores de 18 anos que tinham conhecimento do seu diagnóstico por um tempo igual ou inferior a um ano, independente da categoria de exposição declarada, de ambos os sexos, que se dispuseram a participar do estudo voluntariamente e que estavam em condições físicas e psicológicas para tal, entre o período de junho a novembro de 2014.

É importante considerar, ainda, que a quantidade final de sujeitos foi definida pela saturação teórica, definida por Fontanella, Ricas e Turato (2008) como o fechamento amostral ou suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância de informações pertinentes à discussão de uma determinada categoria dentro de uma investigação qualitativa.

Para a definição dessa interrupção, as informações passaram por um tratamento e análise logo após a coleta de cada sujeito. Dessa forma, no intuito de determinar uma amostra suficiente que conduziu as entrevistas a uma saturação das categorias, a pesquisadora se atentou a vários fatores, como a qualidade dos dados (transcrições legíveis, gravações claras, dentre outros), a natureza da informação (clareza e facilidade de entendimento) e a quantidade de informação útil obtida de cada sujeito participante - se é articulada, e o tempo disponível para oferecer a informação (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFAL através da Plataforma Brasil, sendo aprovado em setembro de 2013 sob processo nº 17668013.5.0000.5013 (Anexo A), obedecendo ao que é preconizado na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012, para a realização de pesquisas que envolvem seres humanos.

Os princípios éticos observados por este estudo foram, dentre outros, a **autonomia**, a **não-maleficência**, a **beneficência**, a **justiça** e a **equidade** no intuito de assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa. Aos sujeitos foi assegurado que, em circunstância alguma, eles viriam a sofrer algum tipo de dano, além de ter se estabelecido uma relação respeitosa, pressupondo ausência de julgamentos e preconceitos.

3.5 APROXIMAÇÃO DOS SUJEITOS

3.5.1 Primeiro encontro com os participantes do estudo

O processo de aproximação com os participantes foi uma etapa importante para o estabelecimento de um vínculo com os mesmos para que, a partir daí, ocorresse a obtenção

das informações necessárias para o desenvolvimento do cuidado visado com o MPS. A etapa teve início após autorização da responsável pelo cenário proposto para o desenvolvimento do estudo (Anexo B), posterior à aprovação do CEP. Todos os profissionais que lá trabalham foram comunicados a respeito da pesquisa com o intuito de que soubessem do seu desenvolvimento e facilitassem o acesso da pesquisadora às dependências do setor.

Antes das abordagens, os prontuários dos usuários eram acessados a fim de saber quais as pessoas presentes no serviço que tinham o diagnóstico confirmado de HIV/aids, uma vez que o SAE também realizava, até então, atendimentos de outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Posteriormente, os indivíduos foram abordados, de acordo com sua disponibilidade, no próprio serviço de saúde, durante a espera para suas consultas ambulatoriais de acompanhamento com os médicos infectologistas ou durante as consultas de enfermagem realizadas pela própria pesquisadora, onde, uma vez respeitados os critérios de inclusão, foram esclarecidos sobre a pesquisa e convidados a participar da mesma.

É interessante destacar que, no primeiro contato entre a pesquisadora e sujeito, um momento de descontração era estabelecido por meio de conversa informal, o que ajudou a pesquisadora a enxergar o participante muito além de alguém que iria fornecer informações para colaborar com a pesquisa, assim como Lima (2012) propôs em seu trabalho. Mais do que isso, foi importante reconhecê-lo como pessoa de direito e disponibilizar-se para escutar ativamente as suas necessidades, considerando as vulnerabilidades e tentando evitar julgamentos pessoais e preconceitos.

Em caso de aceitação por parte do sujeito, o mesmo era direcionado a uma sala do cenário, determinada para as entrevistas, e explicado quanto ao objeto de estudo, seus objetivos, procedimentos, riscos, desconfortos, benefícios, sigilo das informações prestadas, garantia do anonimato/não vinculação dos resultados da pesquisa à sua imagem a partir do uso de pseudônimos, confidencialidade, privacidade e a forma de participação na pesquisa como voluntários, sem qualquer opressão ou constrangimento; também foram esclarecidos de que o benefício que deveriam esperar, mesmo que não diretamente, é o de contribuir com o cuidado e assistência das PVHA.

Após os devidos esclarecimentos, foram solicitadas a leitura e assinatura ou impressão da digital no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo C) pelos sujeitos, buscando anular quaisquer dúvidas no entendimento das informações. O TCLE foi assinado em duas vias, na qual uma permaneceu com o participante e a outra, com a pesquisadora. Por conseguinte, com a autorização da pessoa a ser entrevistada, foi utilizado um aparelho

gravador (celular) que permitiu o registro em áudio das informações, possibilitando a sua transcrição na íntegra e posterior análise.

Uma conversa sobre a condição da soropositividade para o HIV era iniciada, no intuito de captar o entendimento da infecção e do seu tratamento por parte do indivíduo e, assim, poder esclarecê-lo quanto a eventuais dúvidas. Para captar a subjetividade do primeiro componente do MPS (comportamento prévio relacionado à saúde sexual), a técnica de entrevista semiestruturada teve como questionamento disparador: **Conte-me como era o seu comportamento relacionado à sua sexualidade antes do diagnóstico e como este comportamento se dá no momento atual.** Para cada comportamento citado, o participante era conduzido a refletir e a repensar experiências, a partir de questões inclusas em um guia (Figura 3) elaborado com base no segundo componente do MPS (sentimentos e conhecimentos acerca do comportamento), que permitiu o recolhimento das informações necessárias à estrutura do diagrama do modelo teórico.

Figura 3 – Recorte do roteiro de entrevista semiestruturada (Apêndice A) baseada no MPS (2011).

- Por que você acha que esse seu comportamento (citar o componente a que se refere) pode influenciar na sua saúde sexual?
- Você acha que pode mudar esse seu comportamento? Se sim, de que maneira?
- O que você acha que lhe ajudaria a mudar esse comportamento? E o que lhe atrapalharia?
- Você acha que pessoas à sua volta (família, companheiro(a)) ou o ambiente em que você vive lhe influencia em relação a esse comportamento? Por quê?

Fonte: dados do pesquisador.

Na captação dos depoimentos, a estratégia da escuta foi utilizada predominantemente. No momento em que o participante concluía a sua fala, a pesquisadora fazia as suas considerações, confirmando informações e registrando, ao término de cada entrevista, algumas necessidades eventuais, como expressões faciais e reações, dentre outras observações.

Nos casos em que houve risco de choro por parte do sujeito ao longo do seu discurso, fato natural pelas lembranças de seus momentos marcantes da vida, a pesquisadora respeitou o momento, prestou assistência direta e, quando foi necessário, marcou outro encontro,

oferecendo ao participante o tempo que precisasse para se acalmar. A qualquer momento, ainda, o indivíduo poderia recusar a continuar participando da pesquisa e, também, retirar seu consentimento, sem que isso lhe trouxesse prejuízo.

A pesquisa poderia ser suspensa ou encerrada, sem qualquer coação, caso os participantes se recusassem a dar continuidade à entrevista ou se fosse identificado pela pesquisadora a não fidedignidade das informações por parte dos respondentes do estudo. Os sujeitos poderiam receber toda e qualquer informação solicitada sobre o andamento da pesquisa.

3.5.2 Análise do apreendido e segundo encontro com os participantes do estudo

O recolhimento das informações foi desenvolvido durante a fase supracitada. Posteriormente ao afastamento dos participantes, com as informações de cada sujeito em mãos, a pesquisadora procurou estabelecer as conexões entre os fatores biopsicossociais dos indivíduos com os seus comportamentos relatados e suas opiniões quanto possíveis mudanças, conforme o MPS (2011), bem como relacionar suas consequências para a saúde sexual.

Para isso, as entrevistas foram analisadas com o olhar dos componentes propostos pelo MPS (2011). Por meio da transcrição dos áudios, chegou-se ao material denso e bruto recolhido nas falas dos sujeitos. Todas as informações foram submetidas à análise, precedida de uma leitura flutuante no sentido de torná-las mais claras para a avaliação inicial e, daí, analisar as entrevistas, obedecendo a um grau mais avançado de detalhamento.

Ao passo que as entrevistas eram analisadas, os fenômenos semelhantes, representados nas unidades de contexto, começaram a ser agrupados, de modo que os comportamentos com significados semelhantes eram referenciados, à medida que outros eram encontrados nas falas. Por um processo indutivo chegou-se às dimensões dos comportamentos, os quais podem influenciar a saúde sexual da pessoa com aids.

Identificados os comportamentos a partir do apreendido, os participantes novamente foram contatados, para que um processo de conhecimento compartilhado e a construção de um plano de ação conjunto relacionado à promoção da saúde sexual fossem iniciados a partir de suas próprias necessidades, vontades e condições para alcançá-lo. As intervenções propostas pelos próprios participantes, construídas a partir do diálogo com a pesquisadora também são apresentados e discutidos como resultados deste trabalho.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Na primeira etapa deste capítulo, algumas considerações sobre o perfil dos sujeitos foram apresentadas. Na segunda, são evidenciados os resultados referentes à análise dos comportamentos relatados pelos participantes que podem influenciar a sua saúde sexual (construídos a partir dos dois primeiros componentes do diagrama do MPS). Finalmente, o terceiro momento da apresentação dos resultados refere-se às estratégias propostas no plano de ação construído com os sujeitos (baseados no terceiro componente do diagrama), atendendo aos objetivos de estudo deste trabalho.

4.1 PERFIL DOS SUJEITOS

Fizeram parte da pesquisa 14 (catorze) sujeitos vivendo com HIV/aids atendidos no Bloco I do PAM Salgadinho, que se encontram caracterizados conforme a ordem cronológica de cada uma das entrevistas (Quadro 6), referidos por nomes de origem grega iniciados pela letra P, inicial da palavra “pessoa”, de modo a preservar a identidade dos mesmos.

Dentre as pessoas entrevistadas, 10 (dez) são do sexo masculino e quatro, do sexo feminino. No Brasil, apesar do maior número de infecção pelo HIV ainda ser observado entre os homens, atualmente se observa que a razão de sexo vem diminuindo ao longo dos anos. Em 1989, para cada 6 (seis) casos de aids em homens havia um caso entre o público feminino. Em 2012, a taxa de detecção de casos no sexo masculino foi de 26,1/100.000 habitantes e de 14,5 em mulheres, o que representou uma razão de sexos de 1,7 casos em homens para cada caso em mulheres (BRASIL, 2013).

Os sujeitos pesquisados possuíam idades entre 20 e 70 anos, sendo a faixa etária mais significativa a de 20-29 anos (n=5), seguida da faixa de 40-49 anos (n=4) e de 30-39 anos (n=3). Em Alagoas, a análise dos casos de aids por idade de 2000 a 2012 demonstra que a faixa etária de 30 a 39 anos apresentou o maior número de casos na maior parte dessa fase, no entanto, ocorreram oscilações ou nivelamento nessa posição com a faixa etária de 20-29 anos e 40-49 anos (SESAU, 2013).

Em relação ao estado civil, prevaleceram os solteiros (n=10). O nível de escolaridade variou de baixo a mediano, pois se destacaram analfabetos (n=2), indivíduos com ensino fundamental incompleto (n=5) e nível médio completo (n=1). Quanto ao tipo de ocupação,

dois sujeitos eram aposentados, três encontravam-se desempregados devido a problemas de saúde decorrentes do HIV, dois eram do lar e sete possuíam algum tipo de trabalho.

No que diz respeito ao município de residência, metade dos entrevistados eram procedentes do interior do estado de Alagoas, enquanto que os demais residiam no município de Maceió. Quanto ao tipo de religião, os cristãos católicos (n=7) se sobressaíram. Sobre a cor da pele declarada, as categorias ‘parda’ e ‘preta’ abrangem a maior parte dos sujeitos. Sete sujeitos referiram ser heterossexuais e os demais, homossexuais (n=4), bissexuais (n=2) e assexual (n=1). Este último referiu não possuir atração ou tendências sexuais por nenhum gênero, apesar de ter se relacionado com homens e mulheres pelo fato de se sentir bem com a companhia dos mesmos.

Quadro 6 - Perfil dos sujeitos que participaram do estudo. Maceió, AL, 2014.

| Sujeitos | Idade | Sexo M/F Cor | Orientação sexual/ Estado civil | Ocupação | Religião/ crença | Escolaridade | Município de residência |
|------------------|--------------|----------------------------------|--|--|-----------------------------|---------------------------|--|
| Pedro | 41 | M Parda | Homossexual/ Solteiro | Desempregado (anterior: auxiliar de serviços gerais) | Católica | Médio incompleto | Santana do Mundaú - AL |
| Paulo | 23 | M Parda | Heterossexual/ Solteiro | Desempregado (anterior: garçom) | Evangélica | Médio completo | Maceió - AL |
| Pedrina | 33 | F Preta | Heterossexual/ Casada | Empregada doméstica | Evangélica | Fundamental incompleto | Maceió-AL |
| Plínio | 42 | M Branca | Heterossexual/ casado | Garçom | Evangélica | Fundamental incompleto | Maceió-AL |
| Pâmela | 40 | F Preta | Heterossexual/ casada | Do lar | Evangélica | Fundamental incompleto | Maceió-AL |
| Pablo | 35 | M Parda | Homossexual/ solteiro | Trabalhador rural | Não possui | Fundamental incompleto | Cajueiro – AL |
| Perséfone | 26 | F Preta | Heterossexual/ solteira | Do lar | Católica | Analfabeta | União dos Palmares- AL |

| | | | | | | | |
|-----------------|----|-----------------|----------------------------|---|-----------|---------------------------|--|
| Persio | 46 | M Parda | Bissexual/ Solteiro | Descarregador de caminhão | Católica | Fundamental incompleto | Movimento Sem Terra (Messias- AL) |
| Paula | 50 | F Parda | Heterossexual/ viúva | Aposentada (anterior: professora) | Católica | Superior | Santana do Ipanema- AL |
| Percival | 21 | M Preta | Homossexual/ solteiro | Trabalha em supermercado | Católica | Médio completo | Maceió-AL |
| Platão | 70 | M Parda | Heterossexual/ solteiro | Aposentado | Católica | Analfabeto | Barra Santo Antônio |
| Perseu | 21 | M Parda | Bissexual/ solteiro | Balconista | Agnóstico | Médio completo | Maceió-AL |
| Pícaro | 35 | M Preta | Homossexual/ solteiro | Desempregado | Católica | Médio completo | Pilar – AL |
| Plutão | 20 | M Branc a | Assexual/ solteiro | Professor/ estudante | Agnóstico | Superior | Maceió-AL |

Fonte: dados do pesquisador.

Os fatores pessoais traçados já devem fazer parte da abordagem da promoção da saúde das PVHA, uma vez que são determinantes do processo saúde-doença e se debruçam no desenvolvimento do seu bem-estar. Assim, para cada estratégia a ser implementada, os profissionais precisam levar em consideração as condições de vida de cada indivíduo a fim de sinalizar sua postura profissional para o plano de ação (PENDER, 2011; AYRES et al., 2012).

Quanto aos dados relacionados ao diagnóstico, que se encontram dispostos a seguir (Quadro 7), o tempo da descoberta da soropositividade e do início da TARV variou de uma semana a um ano, devido ao critério de inclusão estabelecido. Além disso, uma quantidade significativa (n=6) apresentava imunodepressão pela ocorrência de infecções oportunistas (IO) e de acordo com o marcador imunológico LT CD4+, que representa um dos critérios para o diagnóstico de aids (LT CD4+ inferior a 350 células/mm³). Em relação ao modo de infecção, todos os entrevistados referiram ter contraído o HIV por via sexual, sendo que um também declarou a possibilidade da transmissão por meio do compartilhamento de seringas durante o uso de drogas injetáveis (UDI).

Quadro 7 - Características clínicas dos sujeitos que participaram do estudo. Maceió, 2014.

| Sujeito | Tempo de diagnóstico | Uso de TARV | Modo de infecção | CD4 ⁺ inicial/ último | CV/mm ³ inicial/ última ⁴ | Infeções oportunistas |
|------------------|----------------------|------------------------------|------------------|--|---|-----------------------------|
| Pedro | 9 meses | Biovir + Kaletra | Sexual | 358/ 333 | 252/186 | NTX Monilíase oral |
| Paulo | 1 mês | TDF + 3TC + EFV ⁵ | Sexual | 05 | 10.000.000 | NTX |
| Pedrina | 1 mês | TDF + 3TC + EFV | Sexual | 96 | 989.872 | Pneumonia |
| Plínio | 1 mês | TDF + 3TC + EFV | Sexual | 146 | 3.108.364 | Tuberculose (caso suspeito) |
| Pâmela | 4 meses | TDF + 3TC+ EFV | Sexual | 84/ 566 | 86.928/ 395 | Síndrome diarreica |
| Pablo | 2 meses | TDF + 3TC+ EFV | Sexual | 107/245 | 4.517.205/ 344 | Sífilis |
| Perséfone | 5 meses | Abandonou TARV | Sexual ou UDI | 937/ 1.106 | Não detectado/ 1.122 | - |
| Percio | 1 ano | TDF + 3TC+ Kaletra | Sexual | 190 | 9.894 | - |
| Paula | 6 meses | TDF + 3TC+ EFV | Sexual | 363/ 532 | - | <L. mín. |
| Percival | 6 meses | 6 meses | Sexual | 356 | <L. mín | - |
| Platão | 1 semana | Não | Sexual | - | - | - |
| Perseu | 11 meses | TDF + 3TC+ EFV | Sexual | 605/ não detectado | 220.230/ 314 | Condiloma anal |
| Pícaro | 3 meses | TDF + 3TC+ EFV | Sexual | - | - | - |
| Plutão | 1 mês | TDF + 3TC+ EFV | Sexual | - | Não detectado | Faringite persistente |

Fonte: dados do pesquisador.

³ A contagem de Linfócitos T CD4+ entre 500 e 1200 células/mm³ é considerada normal em pessoas soronegativas para a infecção pelo HIV. A contagem inferior a 350 células/mm³ é um dos critérios para a definição do caso de Aids, conforme adaptação do Centro de Controle de Doenças (*Centers for Disease Control* - CDC).

⁴ A carga viral situada entre 100.000 e 1 milhão de cópias/mm³ é considerada alta; abaixo de 10.000, é considerada baixa para as PVHA sem tratamento; a carga viral denominada “não detectada” refere-se ao valor abaixo de 50 cópias/mm³. O objetivo da TARV é o de atingir carga viral indetectável.

⁵ O esquema de ARV Tenofovir + Lamivudina + Efavirenz (TDF+3TC+EFV) é o mais comum por ser o tratamento de escolha para a terapia inicial. Atualmente, esses medicamentos estão disponíveis na apresentação de dose fixa combinada (comprimido 3 em 1).

4.2 COMPORTAMENTOS RELACIONADOS À SAÚDE SEXUAL DE PVHA

O MPS fundamenta os comportamentos promotores da saúde como sendo as atividades da tendência humana voltadas para o desenvolvimento de recursos que mantenham ou intensifiquem o bem-estar do indivíduo e sua realização pessoal (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011), no sentido de reafirmar seu papel na gestão dos seus projetos de vida e do seu processo saúde-doença.

Nesse sentido, foram identificados os comportamentos expressos pelas PVHA, os quais foram aproximados da estrutura taxonômica proposta pela própria teoria, como podem ser vistos nos diagramas dispostos nas figuras que se seguem em cada subitem deste capítulo. A distribuição permitiu uma melhor visualização dos componentes do MPS e contextos nos quais estão inseridas as necessidades de empoderamento dos indivíduos para a manutenção ou modificação de algum comportamento analisado, o qual pode ser alvo das intervenções de enfermagem.

Vale ressaltar, mais uma vez, que o conceito sexualidade tem um sentido amplo e, na lógica do cuidado integral, não deve se restringir à análise pontual de comportamentos, pois é um fenômeno que envolve aspectos de grande significado existencial, incluindo os socioculturais, psicológicos e biológicos, influenciados segundo individuais e coletivos. A saúde sexual, portanto, se encontra nas relações da pessoa consigo mesma e com os outros, fato que extrapola o âmbito estritamente preventivo e genital - biológico (SOUTO et al., 2009).

Apesar desse conhecimento, o exercício positivo da sexualidade, da sua dimensão amorosa, da intimidade e da experimentação dificilmente é discutido (PAIVA et al., 2011), talvez por se tratar de uma questão tão subjetiva e/ou talvez porque, quando a consideração dos comportamentos é incluída na esfera mais ampla das vulnerabilidades, não se pode esperar que a simples transmissão de uma informação modele o educando à vontade do educador (FREIRE, 2009).

A postura prescritiva dos profissionais, refletida por orientações igualadas a todos os sujeitos, pode ser capaz de simplificar as ações prestadas, tornando-as não resolutivas. Corroborando com Ayres (2002), “é preciso estabelecer uma relação tal entre educadores e educandos que permita a estes entrar efetivamente em contato com a questão em pauta, para que ambos possam apreender o que se trata, de fato, e o que deve e pode ser feito a respeito.” Foi a essa tentativa de compreensão e relação, inclusive, que o presente trabalho se prestou.

Dessa forma, o exercício de aproximar os comportamentos relacionados à saúde sexual da PVHA com a estrutura taxonômica do MPS, juntamente com os componentes biopsicossociais que o integram, permitiu que fossem visualizadas as dimensões e contextos em que eles ocorrem. Sem essa análise, as intervenções prestadas podem ser capazes de rotular as práticas das pessoas, assim como dessubjetivá-las, despolitizá-las e descontextualizá-las (AYRES, 2002).

Vale ressaltar ainda, que, embora cada componente da estrutura do MPS represente um aspecto diferente dos comportamentos, eles são interdependentes entre si e, portanto, remete à ideia de que a saúde do sujeito não pode ser promovida a partir da análise de apenas um aspecto de sua vida, pois é um ser complexo e, ao mesmo tempo, singular. Muito mais do que investigar comportamentos, usualmente classificados como “saudáveis” ou “não-saudáveis”, as categorias aqui apresentadas se confrontam com questões sobre a sexualidade, não em seu sentido estritamente biológico e reprodutivo, mas em seu aspecto mais amplo e existencial. Essa consideração reafirma, portanto, o fato de que os seguintes resultados seguem a lógica dos discursos do paradigma da promoção da saúde.

Assim, o primeiro resultado encontrado, que diz respeito à percepção de todos os participantes voltada para a “genitalidade” relacionada ao uso do preservativo nas relações sexuais, foi analisado em uma perspectiva mais profunda, dentro do contexto social dos indivíduos, conforme se segue.

4.2.1 O (não) uso do preservativo nas relações sexuais e a responsabilidade voltada para si e para o outro

Dentre os comportamentos pesquisados acerca da sexualidade, foi perceptível que o tema referente à “genitalidade” e à relação sexual apareceu como um dos elementos mais presentes nas entrevistas, parecendo demonstrar uma expressão sexual vinculada a uma maior importância atribuída a certas práticas preventivas, conforme também foi encontrado nas pesquisas de Carvalho et al. (2013) e de Vidal (2008). Esse é um fato que faz parte do pensamento hegemônico acerca do assunto, especialmente na área do HIV, ocasionando uma dificuldade em se conseguir abrir espaço para outros sentidos relacionados à saúde.

No entanto, não se tem como negar que os relatos sobre o não uso do preservativo masculino em todas as relações (nenhum dos participantes se referiu ao preservativo feminino) possuem implicações diretas para a promoção da saúde sexual dos indivíduos. Essa prática foi apontada por todos os sujeitos desta pesquisa, conforme algumas falas:

Assim, a gente usa preservativo [masculino], às vezes não usa, eu fico assim, pensando... (Pedrina, 33 anos).

Bom, não usávamos [o preservativo]. Porque se eu usasse, eu acho que eu não estaria nessa... (Plutão, 20 anos).

Às vezes eu uso camisinha [masculina], mas ele também tem HIV (Percival, 21 anos).

Partindo de uma perspectiva mais estrutural e programática, as iniciativas a respeito do incentivo do uso do preservativo durante todas as relações sexuais, entre pessoas que vivem com HIV ou não, sempre tiveram um destaque quanto ao seu impacto na prevenção de muitas infecções, sendo o foco da grande maioria das campanhas educativas no campo das IST's, especialmente a partir dos anos de 1985, quando esse método de prevenção foi incorporado como recomendação pelo Centro de Controle de Doenças (CDC) por meio de documentos oficiais e, em seguida, pelo programa brasileiro (OLIVEIRA, 2011).

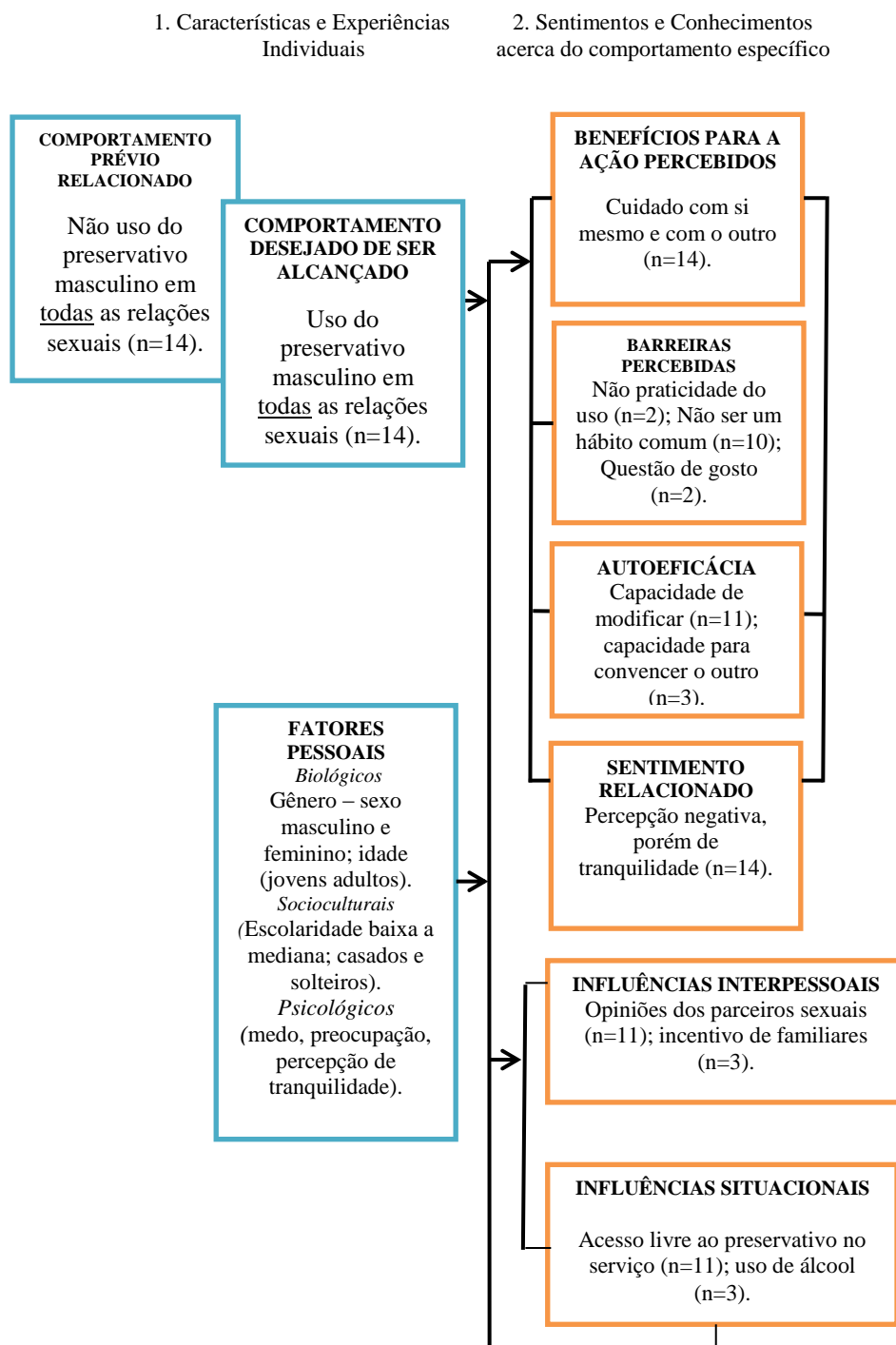
Uma pesquisa conduzida, em sua terceira edição, pelo Ministério da Saúde em 2013 e divulgada em 2015 revela que, de 12 mil pessoas entrevistadas, com idades entre 15 e 64 anos, a maioria referiu ter conhecimento de que o preservativo é a melhor forma de combater a infecção pelo HIV. No entanto, semelhante ao estudo de Lôbo, Silva e Santos (2012) e ao que foi apresentado acima, nas falas dos sujeitos, a prática mostrou-se diferente quando apenas 55% dos sujeitos disseram usar camisinha nas relações sexuais com parceiros casuais, resultado esse considerado insatisfatório. É fato que as pessoas com maior grau de escolaridade possuem maior informação sobre a prevenção do HIV, contudo, o preservativo é identificado mesmo entre aquelas com ensino fundamental incompleto (BRASIL, 2014).

É importante frisar que a proteção com o uso do preservativo, seja masculino ou feminino, é relevante até mesmo entre casais soroconcordantes, ou seja, quando ambos os parceiros apresentam sorologia positiva para o HIV, com o objetivo de evitar uma possível reinfecção de cepas já resistentes aos ARV e um evidente aumento da carga viral durante as relações sexuais (BRASIL, 2013). É imprescindível, portanto, que tal conhecimento seja compartilhado com os indivíduos no âmbito dos serviços de atenção à saúde ou de outros setores de interesse para que os mesmos possam perceber que são vulneráveis ao adoecimento e, a partir daí, possam adotar uma postura de cuidado mais seguro e consciente.

Levando-se em consideração os relatos dos participantes desta pesquisa, os mesmos foram indagados em relação às suas impressões sobre os comportamentos e sobre uma possível mudança ou manutenção do hábito expressado (não uso do preservativo masculino

em todas as relações sexuais). Corroborando com Ayres (2009), esse exercício de escutar o que o indivíduo pensa a respeito de suas ações na vida permite a abertura de um espaço para os usuários como verdadeiros sujeitos, e não como objetos de intervenção. Assim os aspectos do segundo componente do diagrama do MPS foram traçados a partir das impressões dos sujeitos (n=14) sobre o uso regular do preservativo em todas as relações sexuais (comportamento importante de ser modificado), conforme ilustrado na Figura 4.

Figura 4 – Diagrama do MPS relacionado ao uso do preservativo, conforme relatado pelos sujeitos. Maceió-AL, 2014.



Os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se espera alcançar relatados pelos sujeitos - neste caso, sobre o **uso do preservativo masculino em todas as relações sexuais** - é o núcleo central do diagrama, sendo formado pelos seis componentes que o compõe, a saber: benefícios, barreiras e autoeficácia percebidos para a ação, sentimento relacionado ao comportamento, influências interpessoais e situacionais.

Os **benefícios percebidos para a ação** modificadora do hábito consistem nas representações mentais positivas, que reforçam as conseqüências de se adotar determinado comportamento pelo indivíduo (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011). Neste caso, todos os sujeitos apontaram como benefícios sobre o uso do preservativo masculino em todas as relações sexuais, não somente a responsabilidade voltada para si mesmo, mas também para o outro:

Isso aí não tem mais outra porque um pode ter a carga viral maior que a minha, ou eu, e vice-versa, né? (Paula, 50 anos).

Eu sei que a genética de um vírus é diferente do outro, que pode passar de um pro outro e aumentar... (Percival, 21 anos).

Porque eu penso na vida do próximo agora. O que fizeram comigo, eu não quero fazer com ninguém. Foi um erro meu, entendeu? (Perseu, 21 anos).

Porque é como eu disse né? O que eu não quero pra mim, o que eu adquirir, eu não vou passar pros outros. (Pablo, 35 anos).

Pode-se notar que os sujeitos parecem possuir conhecimento sobre a importância da prática mais segura a partir do método do uso do preservativo, conforme as evidências disponíveis na literatura. Tal orientação deve fazer parte das consultas com os profissionais de saúde e grupos de apoio dos SAE, ou de outros serviços, no sentido de estabelecer um processo de construção de partilha de informações junto aos usuários. Mais do que isso, fica claro, a partir das falas, que os sujeitos admitem que o sexo mais seguro, com o uso do preservativo masculino, possui o intuito de estabelecer uma atenção de responsabilidade, não apenas com o parceiro, mas também consigo mesmo.

Essa consideração reforça a ideia de que as PVHA da era pós-TARV podem estar se preocupando mais com a sua própria saúde e vida sexual, o que pode ser caracterizado como um reflexo do avanço do tratamento da infecção, devido à cronificação da doença e, conseqüentemente, do foco mais acolhedor das ações e pesquisas na área da saúde, pois, até o início da década de 90, a maioria dos estudos, das ações dos serviços e das campanhas de

prevenção era direcionada, de modo restrito, à cessação da transmissão, com uma tendência à culpabilização do indivíduo que vive com HIV, como se o sujeito passasse a ser assexuado ou tivesse que excluir de seu projeto de vida as relações sexuais e afetivas após a descoberta da soropositividade (OLIVEIRA, 2011; REIS, GUIR, 2009).

As **barreiras percebidas para a ação** representam as percepções negativas sobre um comportamento e são visualizadas como dificuldades e custos pessoais para a adoção de certo hábito (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011). É o caso de aspectos como a não praticidade do uso do preservativo masculino em relação à técnica (n=2); o fato de não ser um hábito comum (n=10), no qual o indivíduo não possuía costume e a questão de gosto pessoal (n=10), conforme apontado nas falas destacadas:

Eu tenho muita dificuldade com relação ao preservativo masculino, [...] tem que tirar o ar dela, senão ela acaba estourando, como aconteceu na última vez, que estourou (Percio, 41 anos).

Sente uma diferença? Sente. Porque quando a pessoa não tá acostumada com uma coisa... vai ter que se acostumar, entendeu? (Platão, 70 anos).

Mesmo sabendo que tem que usar, eu não gosto (Percival, 21 anos).

A abordagem sobre o uso do preservativo dentro do âmbito da área da saúde ainda é, muitas vezes, tratada como um procedimento prescritivo. No entanto, para Nicolau et al. (2012), esse comportamento é considerado complexo, uma vez que envolve tanto valores e opiniões quanto aspectos afetivos e sexuais. As orientações prestadas nos serviços de saúde, bem como em outros ambientes, devem ultrapassar a superficialidade, tarefa que exige preparo dos profissionais e capacidade para realizar educação em saúde verdadeiramente, considerando-a um processo gradativo e, portanto, permanente (FERNANDES; BACKES, 2010).

Apesar de não garantirem relações sexuais absolutamente seguras, o objetivo dos preservativos de reduzir substancialmente o risco individual de complicações do HIV ou de outras IST's somente é alcançado desde que sejam usados corretamente em todo tipo de relação sexual (OMS, 2007). As falas dos sujeitos desta pesquisa expressam a dificuldade da técnica correta em relação ao preservativo masculino. Assim, o domínio dos cuidados é fundamental para a promoção de uma prática segura e eficaz. Os casais precisam ser orientados quanto às etapas que garantem o melhor uso e, para isso, é interessante que os profissionais de saúde aproveitem de tecnologias educativas para alcançarem resultados

positivos quanto ao desenvolvimento das habilidades pessoais no manejo e negociação desse método contraceptivo e preventivo (NICOLAU et al., 2012).

As barreiras relacionadas ao (mau) gosto e ao (mau) costume em relação ao uso do preservativo explicitado pelos sujeitos parecem demonstrar que as ações longitudinais no acompanhamento das variedades de opiniões sobre a adoção de medidas preventivas não se configuram uma realidade dos serviços de saúde (NICOLAU et al., 2012).

Um estudo envolvendo 149 adolescentes do Rio de Janeiro concluiu que a sensação de desconforto e a diminuição do prazer no momento do ato sexual, relatados por 27,3% dos participantes encontram-se entre os motivos que levam ao não uso de preservativos (JARDIM et al., 2013). Diante dessa realidade, o desafio torna-se agregar às atividades educativas em saúde, a discussão de estratégias que driblem a dificuldade dos usuários em relação à prática preventiva. Para isso, as ações não devem ser desenvolvidas pontualmente. É importante que se vislumbre a necessidade de um contínuo processo avaliativo e de readaptação das estratégias para o alcance da transformação de atitude, de real empoderamento e de inovação (NICOLAU et al., 2012).

Nos últimos anos, a recomendação da erotização do preservativo tem sido alvo cada vez mais crescente de discussões entre estudiosos e em meio a conferências mundiais, com vistas a incluir nos serviços assistenciais o incentivo à promoção do prazer (OLIVEIRA, 2011) e ao diálogo acerca dos benefícios do indivíduo em se relacionar sexualmente e sentir-se tranquilo, dando e recebendo proteção, transmitindo a mensagem que usar a camisinha é bom e dá prazer em uma situação de amor ou afeto sensual, fazendo parte do sexo de forma criativa, quebrando a ideia de barreira, da forma como foi expressa pelos sujeitos desta pesquisa.

O estudo de Oliveira (2011), voltado para a abordagem para a adesão ao uso do preservativo, traz que a erotização do seu uso demonstra a viabilidade de políticas públicas que considerem e respeitem as diversidades sexuais, valorizando o prazer como um aspecto de saúde e que é preciso romper com a mera transmissão de informação, que finda por sustentar normatizações de condutas sexuais, calcadas no poder prescritivo e imperativo dos profissionais.

Mais do que isso, é preciso que haja mudança no discurso em relação ao uso da camisinha como única forma de prevenção sexual possível, que provoca a responsabilização exclusiva da PVHA por sua condição de risco ao adoecimento. Em contrapartida, aposta-se na construção de relações dialógicas entre profissionais de saúde e pacientes, que possibilitem e retomem o que já foi expressado pelos sujeitos em relação ao cuidado consigo e com o outro.

A terceira variável do núcleo central do MPS compreende a percepção da **autoeficácia** relacionada ao comportamento que se pretende adotar, que compreende o julgamento das capacidades pessoais para organizar e executar as ações (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011). No caso dos sujeitos deste estudo, todos se perceberam capazes de adquirir o hábito de utilizar o preservativo (n=11) ou enxergaram-se capazes de convencer o parceiro em relação a esse comportamento (n=3):

Não é tão difícil, nem pra dizer assim: “Vixe Maria!” Não é uma coisa que a gente não vai se acostumar. Acostuma, eu acostumo (Plínio, 42 anos).

Eu sei que eu consigo convencer ele [o parceiro] a usar. (Perséfone, 26 anos).

Um dos principais motivos para o qual as pessoas costumam abandonar o hábito do uso do preservativo, principalmente em casos de relacionamentos fixos, é o fato de que muitos casais fazem-no como uma prova de amor ao outro; não por falta de conhecimento, e sim como tentativa de sentirem-se mais próximos, de demonstrarem fidelidade à relação e, assim, aumentar ou fortalecer a união (REIS; GIR, 2009), conforme encontrado no estudo de Lôbo, Silva e Santos (2012).

Uma pesquisa qualitativa realizada com 11 PVHA que convivem com parceiro sorodiscordante evidenciou, em seus resultados, que o tempo de convívio entre os casais é um dos fatores de vulnerabilidade à infecção pelo HIV, já que pode levar a sentimentos de acomodação (REIS; GIR, 2009), da mesma forma como pode acontecer com os casais que não vivem com HIV.

No entanto, diante da soropositividade para a infecção, especialmente quando transcorrido pouco tempo da descoberta do diagnóstico, pode haver uma tendência das PVHA refletirem e repensarem a respeito da prevenção com o uso do preservativo ou de sua negociação com o parceiro, tornando-os com a sensação de capacidade de mudança de comportamento. Para Nicolau et al. (2012), esse interesse deve ser estimulado pelos profissionais de saúde como uma atitude positiva, o que favorece o interesse da população na busca da adoção de práticas saudáveis. Apesar da sensação de autoeficácia não ser suficiente para a transformação e manutenção de comportamentos (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011), sabe-se da importância desse elemento como integrante do processo de empoderamento em saúde.

O outro conceito do MPS apresentado no segundo componente do diagrama, denominado **sentimento relacionado ao comportamento** específico, reflete uma reação emocional direta ou uma resposta nivelada ao pensamento que pode ser positivo, negativo, agradável ou desagradável (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011). Assim, o sentimento relacionado à utilização do preservativo em todas as relações sexuais foi apontado pelos sujeitos (n=10) como uma sensação negativa, devido às barreiras anteriormente comentadas, porém, ao mesmo tempo positiva e tranquila, por culminar com a reafirmação consciente dos benefícios da prática, principalmente em relação ao cuidado com o(a) parceiro(a), mesmo nas situações em que o mesmo não tem conhecimento da condição sorológica do outro.

Antes o sexo era sem preocupação, não pensava em doença. O que tá me deixando tranquilo pra eu mudar minha atitude é a minha esposa... é eu saber que ela não tem isso (Plínio, 42 anos).

O que eu sinto sobre mudar? Eu só sei que é chato sexo com camisinha, é horrível. Mas eu sei que eu estou fazendo o bem pra ele [o parceiro] (Pícaro, 35 anos).

A vantagem de descobrir os sentimentos dos indivíduos em relação à sua intenção para mudança comportamental, na lógica do MPS, reside no fato de que, ao conhecê-los, as intervenções mais adequadas para cada sujeito são identificadas, ao mesmo tempo, em que um sentimento positivo eleva a probabilidade de se chegar ao que se espera, mesmo que seja em um longo prazo de tempo (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011).

Por sua vez, as **influências interpessoais** inferem que o comportamento pode ou não ser influenciado diretamente por outras pessoas, família, cônjuge, provedores de saúde, ou por normas e modelos sociais (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011). É o caso das opiniões dos parceiros sexuais (n=11) e do incentivo de familiares (n=3) em relação ao uso do preservativo.

Mas toda a minha família tá sabendo, me dá apoio, me dá conselho pra eu ir pro médico, pra me cuidar, sempre nas relações eu usar camisinha [masculina]. Mas eu me sinto fraca porque o meu marido não quer colaborar, não gosta de usar essas coisas (Pâmela, 40 anos).

Se for pra usar, eu uso, mas, assim, ele não gosta (Percival, 21 anos).

Eu tenho uma pessoa com quem eu me relaciono já tem oito meses, mas aí a gente... ele pede pra fazer sexo sem camisinha [masculina] e

diz: “Eu não gosto, eu não gosto, ou você procura outra pessoa ou vai ser assim” (Pícaro, 35 anos).

Os relatos explicitados pelos participantes acerca da promoção da saúde sexual a partir do uso do preservativo apontaram influências interpessoais por vezes positivas, por vezes negativas. O papel do familiar funciona como amparo e é de extrema relevância no processo adaptativo das mudanças comumente exercidas diante da infecção pelo HIV. Essa situação se faz importante de ser explorada durante a assistência à saúde de um modo especial no caso das PVHA, pois a revelação do diagnóstico à família ainda é uma barreira muito comum.

Em muitos casos, a pessoa com aids tenta a aproximação com os familiares, mas se frustra com a indiferença dos mesmos. Em outros, as relações familiares permanecem intactas ou superam as dificuldades decorrentes da doença, o que gera conforto ao indivíduo, assim como mostrou um estudo qualitativo que procurou compreender as vivências e necessidades de conforto da PVHA à luz de uma teoria de enfermagem (LIMA, 2012).

O parceiro destacou-se como principal figura influenciadora negativa, e parece haver uma tendência mais frágil à mudança especialmente no caso das mulheres, já que a realidade da desigualdade das relações de gênero ainda constitui uma situação muito presente nos dias atuais (SOUTO et al., 2009). De modo semelhante, os casais homossexuais, principalmente os homens que fazem sexo com homens (HSH) também podem ser influenciados negativamente em relação ao uso do preservativo em todas as relações devido à não percepção da vulnerabilidade ao adoecimento pelo HIV ou por infecções oportunistas, acentuada pela impossibilidade de gestação (SOUTO et al., 2009), um pensamento comum quando em casais heterossexuais.

Finalmente, as **influências situacionais** consideram que o ambiente pode facilitar ou impedir determinados comportamentos de saúde. Diante dessa lógica, o acesso ao espaço do serviço de saúde para aquisição de material de prevenção foi relatado como uma influência positiva pelos sujeitos (n=11), assim como o uso da bebida alcoólica configurou-se como influência negativa (n=3):

Sempre quando tá perto de faltar [o preservativo] aí eu tiro daqui e levo, ou então no posto, que é mais próximo, aí eu vou e pego (Pâmela, 40 anos).

Eu ainda fico meio assim, não usava, nem todas as vezes, porque a pessoa vem de show, essas coisas, ficava embriagado e... (Paulo, 23 anos).

É porque ele [parceiro] usa camisinha [masculina], mas tem vez que eu não sei porque antes eu usava droga também (Perséfone, 26 anos).

É fato que a disponibilização gratuita do preservativo pode facilitar o seu uso entre as comunidades. Uma das primeiras ações reguladoras voltadas para a ampliação de acesso do preservativo, além da disponibilização pelos serviços de saúde, foi a publicação no Diário Oficial da União de 08/04/1994 da portaria nº 30 de 06/04/1994, da Secretaria de Vigilância Sanitária, que obriga os hotéis, casas de massagem e saunas a fornecer, manter em local visível e de fácil acesso os preservativos, fato capaz de influenciar positivamente a promoção da saúde sexual.

Além disso, a livre oferta dos preservativos masculinos em locais acessíveis dos serviços de saúde, bem como a negociação individualizada de cotas em substituição a quantitativos pré-estabelecidos foi prevista em uma nota técnica do Ministério da Saúde, publicada em 2009 (BRASIL, 2009).

Da mesma forma que as influências interpessoais, as influências situacionais também podem ser capazes de contribuir negativamente no processo de mudança de atitudes e comportamentos. O uso de bebidas alcoólicas e outras drogas, com seus efeitos nocivos, provocam maior exposição e vulnerabilidade a diferentes riscos e danos:

Quando eu saio, assim, com meus amigos, pra balada, aí a gente anda em todo o tipo de local [...] aí eu sempre ficava muito bêbado, aí eu saía com pessoas que não conhecia, bêbado, quando ia acordar estava na casa de pessoas que a gente nem conhecia e tudo. Não quero mais isso (Perseu, 21 anos).

Eu não nego a você, não. Eu já fiquei, assim, embriagado algumas vezes, já tendo isso aí [HIV]. Várias e várias vezes. [...] Devido à bebida, o comportamento muda, né? É como se despertasse, aflorasse a vontade de fazer sexo. E, realmente, desperta... (Pícaro, 35 anos).

Além dessa questão, uma revisão integrativa da literatura produzida por Rego e Rego (2010) revela que o consumo de álcool geralmente se associa com um pior prognóstico em pacientes com aids, pois pode diminuir a adesão sua adesão à TARV, além de propiciar um aumento na ocorrência de depressão. Apesar da frequência de uso abusivo de álcool em PVHA ser elevada, grande parte dos profissionais de saúde não investiga problemas decorrentes desse comportamento entre os usuários dos serviços (REGO; REGO, 2010).

Atualmente, a Redução de Danos configura-se como uma estratégia de produção de saúde alternativa às intervenções pautadas na lógica da abstinência, incluindo a diversidade de demandas e ampliando as ofertas de ações contra os efeitos nocivos do álcool e outras drogas (PASSOS; SOUZA, 2011).

Quando o comportamento envolve muitos prejuízos, a redução de danos propõe reduzir o nível da exposição ao risco, ou seja, a abordagem de redução gradual pode estimular os indivíduos que tenham comportamento excessivo a dar um passo de cada vez para reduzir as consequências prejudiciais (FONSÊCA, 2012). A lógica dessa estratégia pode ser utilizada além da relação ao álcool e outras drogas, como também sob outros hábitos relacionados à saúde, a depender das vontades e necessidades do indivíduo.

Diante dos aspectos explicitados durante a discussão que se seguiu, tomando como base o diagrama do MPS adaptado para o comportamento relacionado ao uso do preservativo, faz-se importante fazer algumas considerações acerca de determinadas estratégias que sequer foram comentadas pelos sujeitos deste estudo, o que pode ser considerado como um possível sinal de déficit de informação, de conhecimento ou de estímulo por parte do serviço de saúde ou da própria mídia sobre condutas importantes de serem aplicadas na prática, como é o caso do preservativo feminino, de práticas com menor risco de transmissão e do uso da Profilaxia Pós-Exposição (PEP) sexual.

Essas abordagens serão discutidas no último subitem deste capítulo, relacionado ao plano de ação construído durante este estudo. A próxima apresentação dos resultados diz respeito ao segundo comportamento relacionado à saúde sexual identificado nas entrevistas.

4.2.2 A suspensão/restricção da vida sexual e a ausência de relacionamentos afetivos

O fato particular da infecção pelo HIV ser de caráter transmissível e ainda incurável, atrelada principalmente às práticas sexuais, impõe, em muitos casos, adaptações na vida das pessoas que vivem essa condição. Tais mudanças são capazes de causar impacto no relacionamento e no comportamento afetivo-sexual (CARVALHO et al., 2013), podendo ocasionar a abstinência sexual e até atitudes de fuga no envolvimento relacional, e de excesso de medo, tanto pelo risco de complicações, como também pela possibilidade de revelação do diagnóstico ao(à) parceiro(a). Esse impacto gerado pode acarretar em sérias consequências

para a saúde, a exemplo da impotência sexual, perda da libido e depressão (SOUTO et al., 2009).

Nesse contexto, quando indagados sobre os comportamentos que poderiam ter influência na sexualidade e na promoção da saúde sexual, alguns participantes deste estudo se remeteram a uma intenção e atitude conscientes de restringir ou até mesmo de suspender sua vida sexual, apesar de esse ter sido expressado como um comportamento desejado de ser modificado, conforme notado em suas falas:

Eu não tenho mais relação sexual, mas não é porque eu não gosto mais (Pedro, 41 anos).

Eu tava num relacionamento, terminei por causa disso [do diagnóstico]. Aí ele [parceiro] perguntou o porquê, aí eu inventei uma desculpa... (Paula, 50 anos).

Resultado semelhante foi encontrado em um estudo realizado em Piauí, que objetivou conhecer aspectos da vida sexual e afetiva de PVHA a partir do momento de conhecimento sobre sua soropositividade, no qual ficou evidente a opinião de indivíduos que bloquearam e que demonstraram, em seus discursos, o desempenho das atividades sexuais prejudicado (CARVALHO et al., 2013).

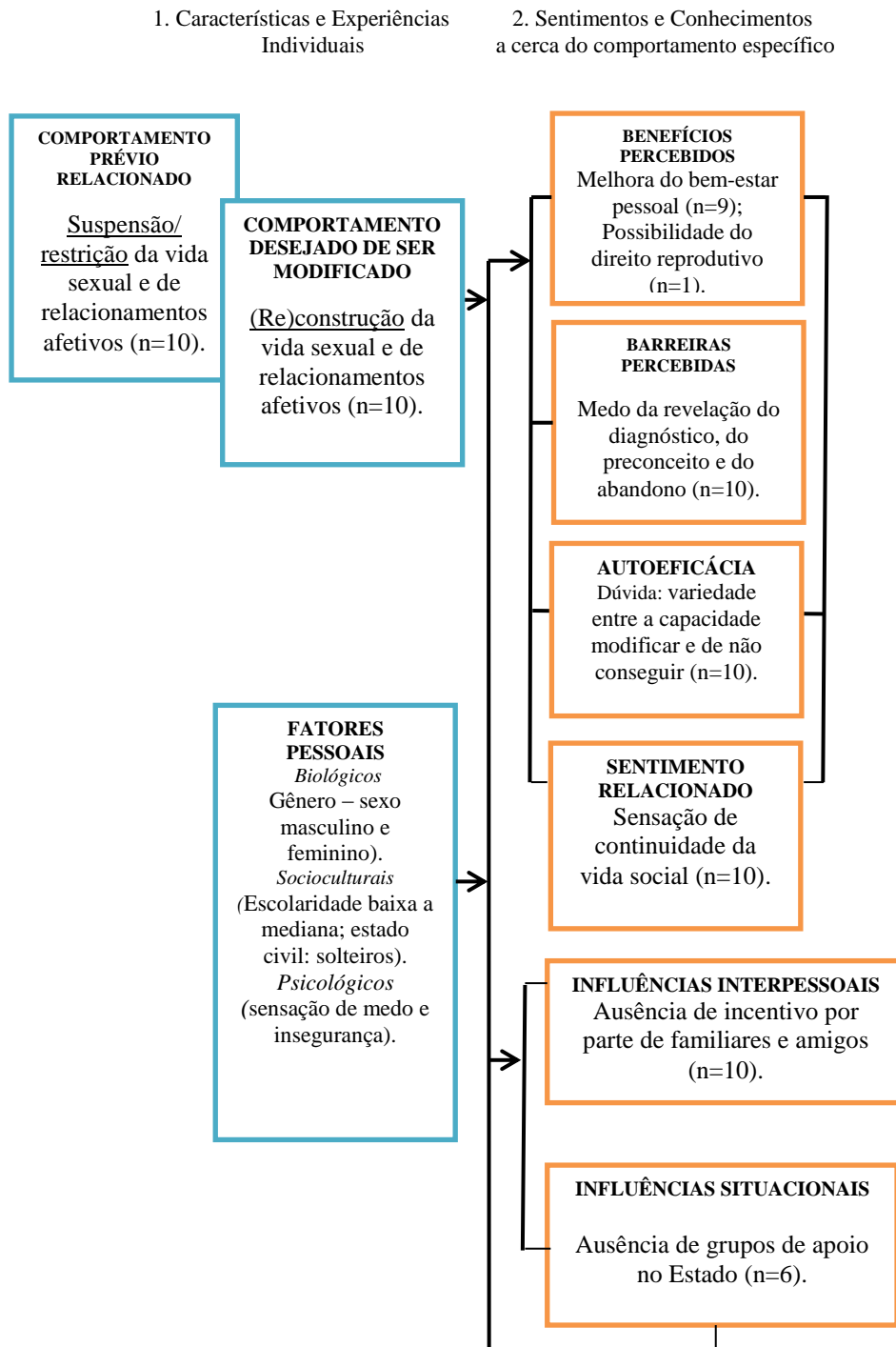
Contudo, deve-se levar em consideração que, no universo dos comportamentos e atitudes, os indivíduos tendem a incorporar a influência do momento histórico vivenciado (SOUTO et al., 2009), o que representa, nesse caso, o impacto do diagnóstico recente da infecção. Nessa lógica, o contexto no qual a vida se desenvolve pode ser capaz de conduzir as pessoas à manipulação de sinais facilitadores/dificultadores para comportamentos que melhorem ou tenham efeitos negativos para a saúde (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011).

Para Matão et al. (2012), quanto mais recente o diagnóstico do HIV, mais intensa é a dificuldade em criar laços de afeição. Essa premissa foi justificada em sua pesquisa, realizada em Goiânia com treze sujeitos, cujo resultado demonstrou uma tendência das PVHA em se afastar ou até mesmo abster-se de relações, que se manifestam sobre a forma de emoções, sentimentos e paixões, acompanhadas sempre da impressão de dor ou falta de prazer.

O diagrama que se segue (Figura 5) foi estruturado com base nas falas dos participantes, nas quais expressaram suas opiniões em relação a uma possível mudança ou manutenção do hábito citado, constituindo-se como núcleo central o desejo da **(re)construção da vida sexual e de relacionamentos afetivos**. É importante ressaltar que esse aspecto

predominou nos sujeitos solteiros (n=10), de ambos os sexos, o que parece inferir que as reações tomadas por homens e mulheres se assemelham quando se descobrem com HIV, assim como relatada na análise de Souto et al. (2009).

Figura 5 – Diagrama do MPS relacionado à (re)construção da vida sexual e de relacionamentos afetivos, conforme relatado pelos sujeitos. Maceió-AL, 2014.



Os **benefícios percebidos para a ação** relacionada ao vínculo afetivo e à vida sexual foram representados pela perspectiva de bem-estar (n=9) e do desejo do direito reprodutivo (n=1) como projeto de vida dos sujeitos, conforme observado em algumas falas:

É horrível, né, você não ter ninguém?! Eu iria me sentir melhor, ficar de bem com a vida (Persio, 46 anos).

Agora assim, eu desejo arrumar uma pessoa boa para me envolver porque eu ainda quero ser pai não, né? (Perseu, 21 anos).

A vida sexual do ser humano deve ser entendida como um aspecto multifatorial, que se integra à rede de significados do grupo social, uma vez que é constituída de experiência pessoal, única, e marcada profundamente pela cultura em que cada pessoa vive e submerge (ARAÚJO et al., 2013; RISCADO, 2013). Os discursos expressos pelos sujeitos desta pesquisa parecem se referir à vida sexual além do ato em si, podendo envolver uma série de sentimentos, como a importância de se ter uma companhia, sentir o outro e compreender a reprodução como uma possibilidade de fruto oriundo de um relacionamento.

Questões reprodutivas são marcadas por contextos sociais, culturais e morais. Na sociedade, conceber e criar filhos é parte de um determinado papel social esperado e cobrado por familiares e outros entes. Diante da desinformação e do estigma social da infecção pelo HIV, muitas mulheres relataram, em um estudo realizado na Bahia, abdicar de seu desejo de ser mãe, por medo de transmitir a doença para o filho (SANTOS; BISPO JÚNIOR, 2010). Essa preocupação também foi encontrada na fala de indivíduos jovens, do sexo masculino, desta pesquisa:

Eu não posso ser pai não, né? Passa [HIV] pra criança? Era isso que eu tava encucado. Minha mãe tava perguntando (Paulo, 23 anos).

A abordagem das necessidades relativas à saúde sexual e à saúde reprodutiva nos serviços de saúde que atendem PVHA, assim como em todos os âmbitos do SUS, deve se basear nos direitos de homens e mulheres de optarem livremente e com responsabilidade a respeito de sua reprodução, bem como no direito de acesso à informação e aos insumos necessários para o exercício saudável e seguro da reprodução e da sexualidade, sem sofrer discriminações ou violência, dentre outras intervenções. Esse exercício deve ser garantido pelo Estado, e os serviços intersetoriais devem promover espaços e possibilidades para que tais escolhas se realizem (BRASIL, 2010).

Para isso, os profissionais de saúde devem estar disponíveis para o diálogo com os indivíduos sobre vida sexual e reprodução, bem como sobre as formas de proteção e prevenção viáveis, considerando as especificidades de gênero, orientação sexual, idade e estilo de vida, de modo a promover seu autocuidado e sua autonomia, podendo ser agregado à rotina dos serviços o aconselhamento pré-concepcional ou anticoncepcional no contexto do viver com o HIV (BRASIL, 2014).

Com o avanço científico, a prevenção da transmissão vertical pelo HIV é uma possibilidade comprovada e refletida pelo decréscimo na incidência de casos da infecção em crianças no Brasil. Atualmente, medidas eficazes para evitar o risco de contaminação para o recém-nascido são adotadas como protocolo, que se iniciam desde o planejamento familiar (BRASIL, 2014).

Entre os casais sorodiscordantes, as recomendações incluem medidas de redução do risco, avaliação clínica do parceiro vivendo com HIV, com vistas à adesão ao tratamento, carga viral sanguínea indetectável, ausência de infecções no trato genital e oportunistas, além de estabilidade nos marcadores imunológicos (BRASIL, 2014).

Contudo, alguns desafios ainda necessitam ser enfrentados. Para Reis, Never e Gir (2013), a educação permanente para a equipe de saúde que atende as PVHA é um aspecto fundamental para a qualificação do cuidado em saúde, visto que o discurso da prevenção da transmissão vertical e horizontal do HIV pode influenciar em posturas divergentes das necessidades e demandas dos sujeitos no contexto atual de cronificação, a depender da forma como se é propagado.

No entanto, mesmo com todos os avanços que contribuem para o estímulo aos projetos de vida das PVHA no campo da sexualidade e da reprodução, as **barreiras percebidas** para a (re)construção da vida sexual e de relacionamentos afetivos por parte dos sujeitos (n=10) deste estudo parecem prevalecer em relação aos benefícios relatados.

É o caso do medo da transmissão ou do adoecimento pela percepção de vulnerabilidade, assim como da falta de coragem e do temor do preconceito ou abandono por parte do outro, especialmente se a parceria tem significativa sustentação afetiva ou significado sócio-existencial. É possível perceber também uma sensação, por parte da PVHA, de que o(a) parceiro(a) sorodiscordante viveria preso à sua condição, caso viessem a construir uma relação íntima:

Conheci uma menina na balada, na semana passada. Então, a gente tava conversando pelo whatsapp e tudo. Ela pede pra me ver sempre, mas eu não vou. Eu não vou, porque se eu for, posso me apegar, e eu não quero isso pra mim mais... não tanto pra mim, porque em mim eu já tenho. Pra ela, pra ela levar a vida dela livre. E eu não conseguiria falar pra pessoa que tenho o vírus. Tem o risco de passar pra ela, né? É por isso que não me envolvo porque eu não tenho coragem de falar, eu acho que ela vai se afastar (Perseu, 21 anos).

Só tou sem namorar porque eu acho que eu vou atingir o outro ser humano, porque fico pensando pelo próximo. Isso me afeta né, mas eu vou fazer o quê? E eu também não quero namorar uma pessoa que tenha, porque eu acho que vai piorar as coisas, porque o vírus dele vai passar pra mim, que vai passar pra ele ou pra ela, não sei, e por aí vai (Paulo, 23 anos).

Quando eu descobri, eu dei um fim no namoro. Porque eu pensei que eu ia passar pra pessoa e tal... (Pedro, 41 anos).

É complicado se relacionar, porque aí vai que a pessoa não tenha [HIV], e eu digo que eu tenho, aí se espalha no interiorzinho... acabou-se. E como eu sou uma pessoa que, graças a Deus, sou muito popular na cidade, envolvido com a igreja, envolvido com a política... não quero isso. (Pícaro, 35 anos).

De acordo com Gomes, Silva e Oliveira (2011), as PVHA apresentam, como estratégias de sobrevivência social, o ocultamento da doença, pois, dessa forma, podem continuar a vida como pessoas “normais”, sem serem acusadas, abandonadas e discriminadas. Essa forma de enfrentamento é presente em todos os âmbitos da vida, seja ele familiar, social ou no trabalho.

De modo semelhante ao representado nas falas, no estudo qualitativo de Carvalho et al. (2013), realizado com 12 pessoas, o sentimento de medo, justificado em função das consequências da possibilidade da revelação do diagnóstico e pelo temor com a transmissão do HIV ou com o abandono por parte do parceiro também se fizeram presentes. Essa consideração pode ser justificada pelo fato de que os laços de afeição, sentimentos amorosos e impulsos sexuais estão intimamente relacionados (MATÃO et al., 2010).

O sexo se faz importante para a saúde porque funciona como necessidade humana básica, podendo-se ser extraído, daí, os relacionamentos afetivos, uma vez que o ato sexual não somente é praticado por impulso ou instinto, como também por atração e desejo, independentemente da situação conjugal, idade e orientação sexual dos indivíduos. Essa vivência contribui, ainda, não somente para satisfazer as exigências orgânicas do indivíduo, como também sociais (MATÃO et al., 2010).

Para que as barreiras sejam enfrentadas, é fundamental que as pessoas, vivendo com HIV ou não, re-signifiquem os sentimentos e significados relacionados à infecção. Isso inclui a reflexão e diálogo cada vez mais aberto sobre questões relacionadas à sexualidade e ao estabelecimento de relações amorosas por PVHA, que devem ser regidos por ações seguras no que se refere ao intercuro sexual sem, contudo, sobrepor nenhuma privação da vivência afetiva que envolva amor, prazer, companheirismo, intimidade e união (MATÃO et al., 2010). As escolas, igrejas, universidades e eventos públicos podem se configurar como importantes espaços para o trabalho de discussão dessas idéias.

Apesar do desejo de mudança na prática expressada e dos benefícios reconhecidos, dez sujeitos deste estudo pareceram não perceber de modo pleno uma **autoeficácia** em relação a um possível enfrentamento do problema, sobressaindo-se, assim, um aspecto de dúvida em suas falas:

Tem vez que acho que eu posso tomar um rumo e reiniciar nesse sentido. Mas tem vez que não. Eu queria me planejar, pra não ficar com essa ideia na mente (Pícaro, 35 anos).

Essa sensação de certa incapacidade para a mudança, mesmo quando um desejo contrário encontra-se presente, parece demonstrar a necessidade de ajuda que os sujeitos precisam, especialmente quando se trata de pessoas que já vivenciaram, de fato, conflitos existenciais decorrentes de discriminações e de autoestima comprometida, casos que requerem tecnologias específicas de cuidado em saúde. Nos casos em que essas situações não ocorreram, as PVHA, por vezes, podem apenas necessitar de um tempo para readequar o seu aspecto emocional e sentir mais confiança no retorno à vida relacional e afetiva, conforme apontado no estudo de Martins (2013), relacionado à saúde sexual de mulheres com estomia.

Refletindo o fato de que a construção de relacionamentos afetivos e sexuais faz parte do contexto social das pessoas, dez participantes desta pesquisa se referiram ao **sentimento relacionado** a esse comportamento com uma sensação de continuidade da vida social:

Voltar a namorar, a ter alguém comigo? Ah, essa ideia me faz sentir que a minha vida continua, não mudou (Paula, 50 anos).

O sentimento apresentado ressalta que a visão da soropositividade relacionada ao comprometimento com a vida social ainda é um fator preocupante entre as PVHA, que, inclusive, pode desencadear uma situação de estresse e influenciar na sua saúde

(CARVALHO; PAES, 2011). Assim, a criação de relações afetivas, enquanto ação inerente ao contexto social, é vista como uma possibilidade de reestruturação desse aspecto da vida.

Esse pensamento pode ocorrer devido à relação que as pessoas estabelecem com o ambiente social, o qual molda e é moldado constantemente (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011). Corroborando, ainda, com Martins (2013), a sensação positiva relacionada à incorporação de comportamentos considerados como padrões e modelos por dada sociedade é interiorizada pelo sujeito como realidade concreta e subjetiva, para a qual se pretende adotar.

No contexto dos últimos conceitos relacionados ao diagrama do MPS, os indivíduos expressaram a realidade da ausência de **influências interpessoais e situacionais** relacionadas à (re)construção da vida afetiva e de relações afetivas:

Não converso com ninguém sobre isso, até porque ninguém sabe, só minha mãe e minha irmã, mas sobre isso elas não conversam. Nem minha família, tia, prima, pai... meu pai não sabe. Bem que poderia ter um grupo aqui [no serviço] para conversar isso (Perseu, 21 anos).

Eu não tenho como ter ajuda de meus amigos e família sobre isso, até porque ninguém sabe [da soropositividade]. Eu não falo porque ninguém compreende (Pérsio, 46 anos).

Provavelmente, esses discursos podem estar relacionados ao fato de que as questões relativas à sexualidade são muito íntimas e, por isso, dificilmente são compartilhadas no diálogo entre as pessoas do seu entorno. Em outras situações, como a revelação da soropositividade ainda representa um impasse na vida da PVHA que, muitas vezes, escolhem tomar a condição como um segredo, a ausência de indivíduos com quem se pode conversar a respeito desta temática configura-se como uma realidade, refletindo na vivência de um processo solitário.

Além desse aspecto, nota-se que seis participantes relatam a falta de um grupo que os ajudem a compartilhar experiências e buscar estratégias de enfrentamento ligadas à vivência da sexualidade. Nesse campo, a presença dos profissionais de saúde como mediadores do processo de educação em saúde, por meio da construção coletiva, é importante para o apoio psicológico e disponibilização de outros suportes necessários (CARVALHO; PAES, 2011).

Diante do contexto apresentado, as estratégias para abordagens relacionadas à (re)construção da vida sexual e dos relacionamentos afetivos serão discutidas no item 4.3 deste capítulo, que trata do plano de ação construído com os participantes. A próxima seção

diz respeito ao terceiro comportamento/atitude relacionada à saúde sexual identificado nas expressões de algumas mulheres participantes das entrevistas.

4.2.3 O gênero, as relações de poder e a saúde sexual de mulheres vivendo com HIV/aids

Na história dos relacionamentos conjugais, as mulheres se constituem, predominantemente, como protagonistas da valorização do amor romântico, sonhador e poético, desde o tempo da disseminação desses ideais, caracterizados culturalmente enquanto norma de conduta emocional, situado por um compromisso social de se amparar na repressão da sexualidade feminina imposta pelos juízos de pudor, sucumbindo o seu poder e seus prazeres aparentes (FOUCAULT, 1997). Então, a auto-identidade feminina era condicionada à simbiose afetiva, contribuindo para a realidade de uma assimetria valorativa entre os gêneros, a favor do masculino (LIMA; SILVA; PICHELLI, 2013).

Dentre os participantes deste estudo, duas mulheres expressaram a submissão no que diz respeito ao papel do parceiro (ou do ex) dentro do contexto da sua relação conjugal como um comportamento habitual que influencia na sua saúde, fato que culmina em um **sentimento** de fraqueza e de tristeza (Figura 6), mesmo quando o desejo de mudança dessa condição se encontra presente:

Eu não me sentia bem na minha relação com o meu marido, até porque mulher é besta pro lado de homem. Disso eu ainda me lembro, eu era invisível pra ele (Pedrina, 33 anos).

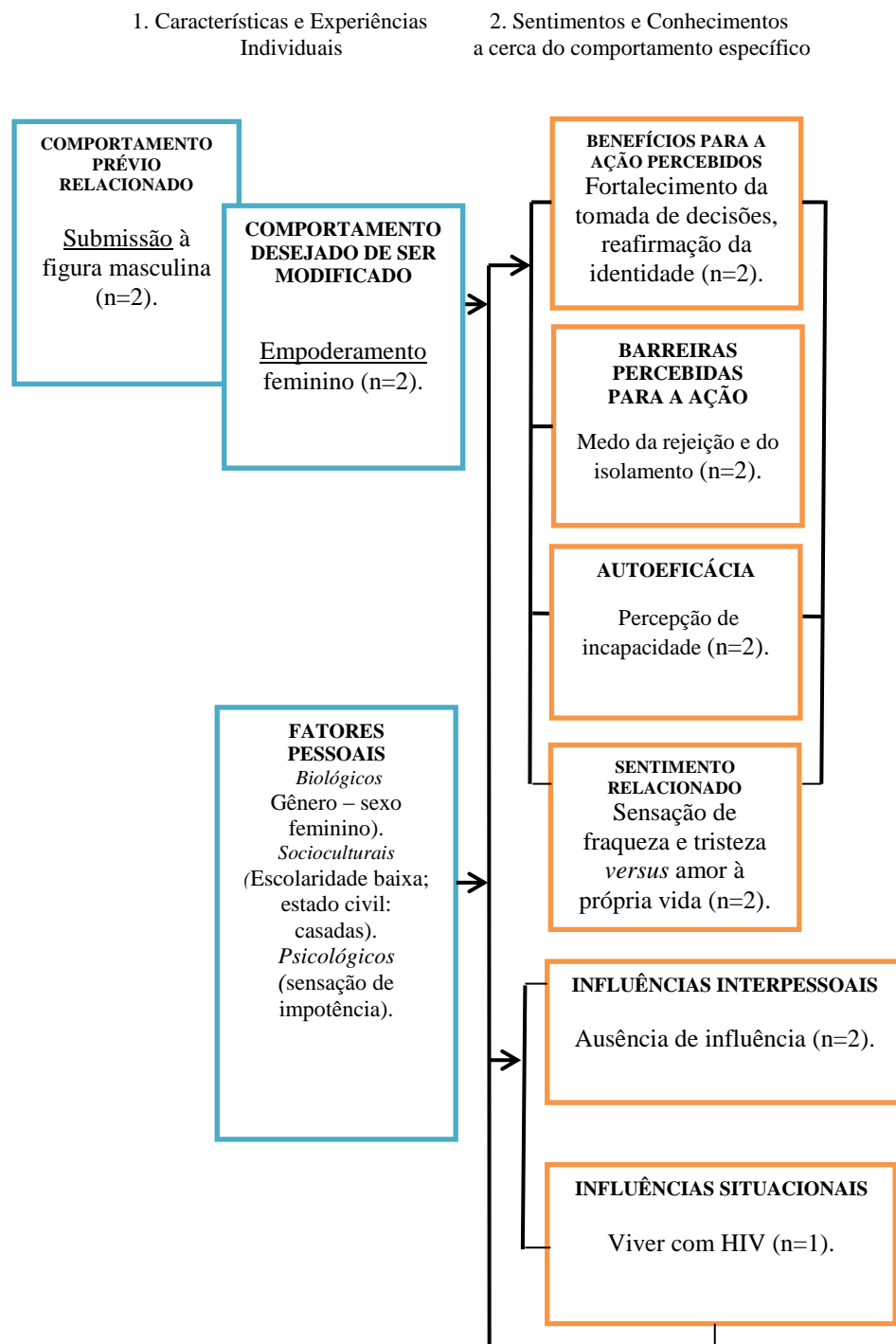
Bom, mas ele [esposo] não gosta de conversar muito comigo, de entrar num consenso, de usar certas coisas [preservativo masculino], de me ajudar. Ele pode tá com esse problema [HIV], mas ele não quer se cuidar, então eu disse: eu me cuidando é o que me importa. Eu preciso olhar pra mim. Isso me deixa triste (Pâmela, 40 anos).

As relações de poder entre gêneros, desfavoráveis a mulheres, é capaz de transformando-se em desigualdades que as prejudicam, não apenas no acesso ao emprego e à educação, como também, e especialmente, no exercício da sexualidade feminina (PEREIRA et al., 2011), a qual, por direito, deve envolver a experiência de uma vida sexual e afetiva plena e feliz.

No contexto da aids, essa problemática torna mais evidente a relevância da feminização da epidemia. O cuidado com a promoção da saúde voltado para as mulheres que

vivem com HIV não pode apenas ser retratado pelas características imunopatológicas da propriamente dita, visto que questões mais complexas emergem, como a exclusão a repressão dos direitos humanos e a ausência do desfrute do prazer e do afeto na relação com o parceiro. O desejo de mudança por meio do empoderamento, percebido nas entrelinhas das falas – e até do silêncio – expressado pelas mulheres culminou na construção do diagrama (Figura 6):

Figura 6 – Diagrama do MPS adaptado às PVHA relacionado às relações de poder. Maceió-AL, 2014.



A falta de autonomia determinada pela condição de submissão em relação ao parceiro constitui um fator situacional negativo, na medida em que desfavorece a mulher na descoberta de um mecanismo eficaz para a promoção da saúde sexual, prolongando sua exposição ao risco do adoecimento, podendo ocasionar baixa autoestima e depressão (MARTINS, 2013). Nesse contexto, o cuidado de si própria se constitui como um **benefício percebido** pela mulher sobre o empoderamento:

Ele pode tá com esse problema, mas ele não quer se cuidar, então eu disse a ele, eu me cuidando é o que me importa. Eu amo a minha vida e eu quero viver mais e mais (Pâmela, 40 anos).

As dificuldades advindas da situação socioeconômica desfavorecida das mulheres que têm HIV, que pode ser um reflexo do processo de pauperização da infecção, repercutem na sua dependência submissão ao companheiro, fato representado como uma **barreira percebida** diante do desejo de mudança de atitude e consequente julgamento de incapacidade para realizá-la (**autoeficácia**). A situação parece ainda mais difícil devido à ausência de alguma **influência interpessoal** positiva e ao medo da revelação do diagnóstico da soropositividade para outras pessoas, como os familiares (**influência situacional**):

Se eu ter mais moral, pra onde eu vou quando ele [parceiro] não me quiser mais? E o meu filho pequeno? Pra casa de família não dá, eles não sabem da minha doença [HIV], quando eu for pro médico vão perguntar, vão perguntar pra quê eu tomo remédio (Pedrina, 33 anos).

A conquista do bem-estar está muito ligada não somente a comportamentos, mas também a atitudes quanto à saúde. Esse conceito, por sua vez, diz respeito aos juízos, crenças e valores que podem conduzir a determinado comportamento (ALVES, 2013). Partindo desse pressuposto, mais do que um comportamento, a submissão feminina torna-se uma questão de atitude e, portanto, envolve questões muito complexas para uma possibilidade de mudança, muitas vezes pautadas no silêncio pelo medo de se expressar.

A visão da necessidade do empoderamento feminino como uma necessidade imprescindível para superar o problema da submissão pode ser também um elemento que favoreça o rompimento desses silêncios, possibilitando que essas mulheres se posicionem criticamente diante da sociedade/mundo. Faz-se urgente, portanto, a necessidade de mobilização dos profissionais e gestores em saúde no sentido de encarar esse desafio. Para Serpa (2012), as intervenções em saúde, tanto grupais como individuais, por meio de equipe multidisciplinar, podem ser capazes de permitir que essas mulheres escutem a própria voz,

vejam seus próprios exemplos e se fortaleçam para o uso e apropriação de estratégias de resistência contra a violência e a favor da valorização de si.

4.2.4 O fortalecimento da vida sexual e do afeto relacional

Apesar da angústia presente na vida das PVHA após a descoberta do diagnóstico positivo, muitas vezes associada à existência de comportamentos negativos em relação à saúde sexual, conforme tratado nos subitens anteriores, alguns participantes deste estudo mantiveram suas vidas afetivo-sexuais ativas, relatando, inclusive, o fortalecimento de suas relações, mesmo diante do curto espaço de tempo após a soropositividade e do reconhecimento da via sexual como forma de contágio. Essa expressão foi revelada entre os dois sujeitos casados, sendo uma realidade de relações soroconcordante e sorodiscordante:

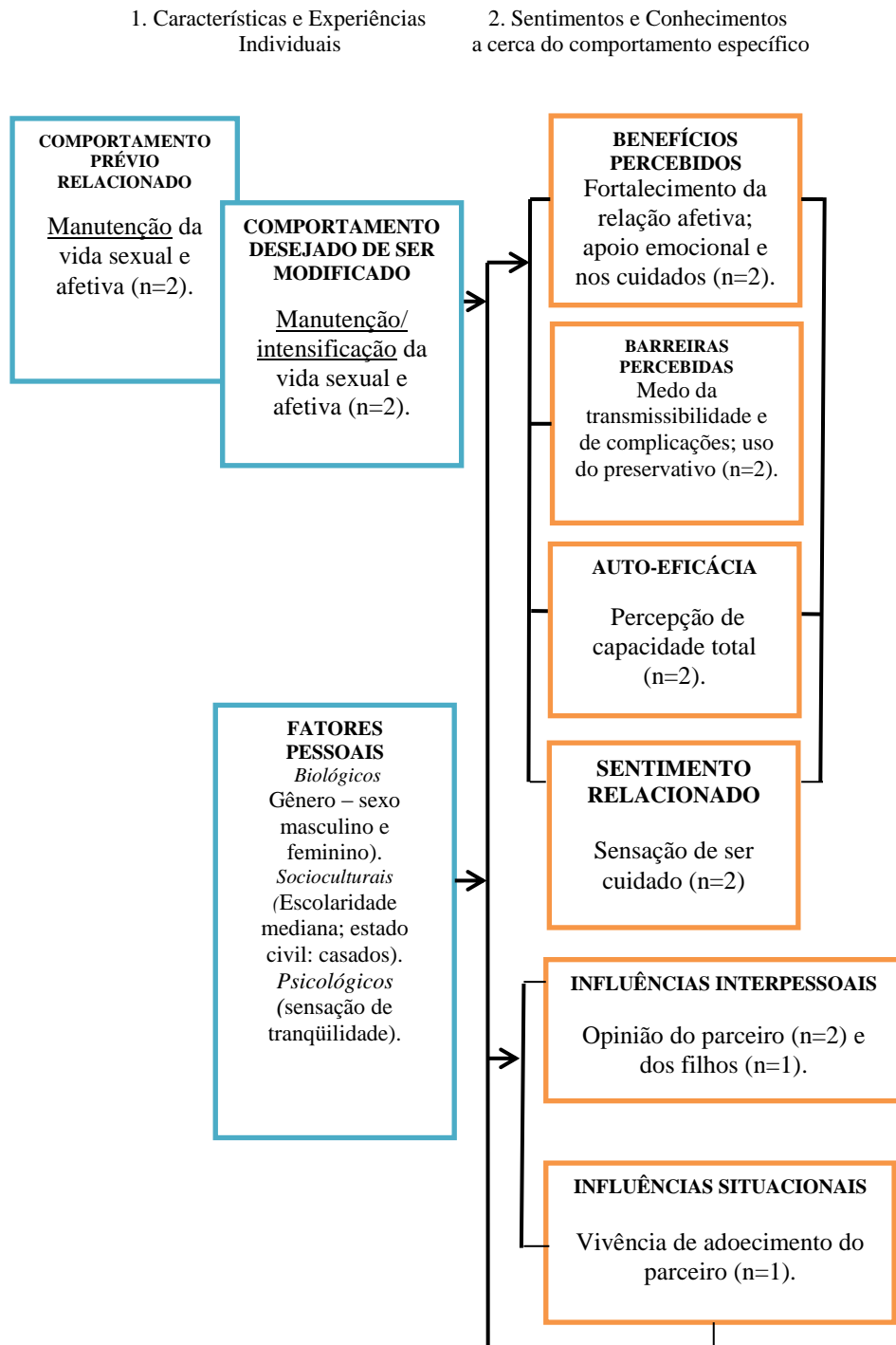
Estamos [participante e a esposa] tocando a vida... Tem que tocar pra frente! Ela já tá me dando força, ficamos ainda mais unidos (Plínio, 42 anos).

Ah, é um dos amores da minha vida. Ele [parceiro] entrou na minha vida depois que fiquei viúva. É o meu companheiro, ótima pessoa, bonito também... ele adoeceu por calazar, aí foi descoberto o problema [do HIV]. Aí eu, não tinha outra, né? Quando eu fiz o meu [teste], aí deu positivo também. Só que a gente, graças a Deus, não teve problema nenhum quanto a isso. Nosso relacionamento é o mesmo. [...] E, olha, sabe, se era namorador no mundo, acredito que ele está preparado pra não andar mais assim, porque eu acho que isso daí foi depois dos namoros, foi algum pulo de 'cerca' dele. (Paula, 50 anos).

A possibilidade de manutenção de relacionamentos afetivo-sexuais é considerada um aspecto fundamental para o bem-estar das PVHA, pois contribui para uma melhor qualidade de vida (REIS et al., 2011). Resultados semelhantes aos relatados acima foram evidenciados por Oliveira et al. (2015), em uma pesquisa qualitativa realizada com 11 sujeitos. Dentre as conclusões do estudo, o compartilhamento do diagnóstico com o parceiro foi considerado como importante para o enfrentamento da doença, pela possibilidade da expressão dos sentimentos, além da descoberta de novas experiências sexuais pela existência de apoio afetivo.

Partindo da lógica que o MPS também pode ser utilizado com o objetivo de intensificar comportamentos positivos, um diagrama a respeito dessa temática foi construído com base nas duas entrevistas realizadas (Figura 7).

Figura 7 – Diagrama do MPS adaptado às PVHA relacionado ao afeto conjugal. Maceió-AL, 2014.



Fonte: dados do pesquisador

Quando indagados sobre os **benefícios percebidos** em relação à continuidade do relacionamento, o parceiro foi visto pelos dois sujeitos como uma fonte de apoio emocional, manifestado não somente em relação ao ato sexual, como também pela ajuda nos cuidados com a saúde, a exemplo da alimentação, e realização de atividades diárias, acompanhamento às consultas ambulatoriais e estímulo para adesão ao tratamento, realidade também encontrada no estudo realizado por Reis et al. (2011):

Olhe, eu estou bem delimitado. É febre direto, tosse... só nesta semana perdi dois quilos. E aí tem dia que minha esposa faz papa de aveia pra mim logo cedo. Quando é umas nove horas, por diante, já tem um arroz pronto, um feijão pronto, e ela já bota pra mim com verdura, com carne... (Plínio, 42 anos).

Eu ajudo ele [o parceiro] nos cuidados. Minha filha, ele agora tá tão gordinho, rosado... Ele tava magrinho, ele perdeu 20 quilos, você acredita, minha filha? Ele, quando estava no hospital, ele perdeu 20 quilos. Suando, cheio de febre, quase morre. Eu vinha com ele pra cá [pro serviço ambulatorial], só você vendo (Paula, 50 anos).

Na situação do casal sorodiscordante, essa percepção torna-se ainda mais marcante devido à não transmissibilidade do vírus para o parceiro:

O que tá me deixando tranqüilo pra eu me tratar é ela [a esposa]... e eu saber que ela não tem isso. É o que mais tá me dando coragem [choro]. Já pensou se eu tivesse botado [HIV] nela? Não sei. Mas se ela tiver... nós dois se trata, não é não? (Plínio, 42 anos).

Esse fato deve ser trabalhado durante o aconselhamento a casais nos serviços de saúde, já que um diagnóstico negativo para o HIV, mesmo nas situações em que houve exposição sexual pode causar uma impressão de não vulnerabilidade por parte dos parceiros, ainda mais quando a PVHA possui boa adesão à TARV ou apresenta níveis indetectáveis da carga viral, dentre outros fatores protetores (REIS; GIR, 2009).

Por outro lado, em raras situações, estudos comprovam que existe uma possibilidade de uma pessoa apresentar mecanismos de resistência natural à infecção pelo HIV devido a uma mutação nos receptores de quimiocinas CCR5 e CXCR4, fundamentais para o sucesso do ciclo de vida viral (STEFANI et al., 1998). Contudo, o fato de uma pessoa, frequentemente, se expor sexualmente sem proteção e não adquirir a infecção, não constitui em garantia de resistência ao vírus (REIS; GIR, 2009).

Por conseguinte, o medo da transmissão do HIV ou do aumento da carga viral surge como uma **barreira** emocional e para a manutenção da vida sexual, em especial, o que leva os parceiros a atribuir, mais uma vez, a adoção do uso do preservativo como uma das mudanças mais perceptíveis em sua relação:

O meu medo é que ela (parceira) pegue (HIV). Porque senão, eu não sei o que faço... porque ela não tem culpa (Plínio, 42 anos).

Porque eu tinha uma vida normal com ele, né? Quando apareceu esse problema, aí tivemos uma preparação de só ter relação com camisinha (Paula, 50 anos).

De modo semelhante, Carvalho et al. (2013) notou que os próprios sujeitos da sua pesquisa referiram sua vida como “normal” antes do diagnóstico por acreditarem que não envolvia um dano, no caso, a infecção pelo HIV. Assim como nas falas apresentadas, o “normal” nas relações sexuais era o não uso do preservativo.

Não obstante, os benefícios percebidos para a manutenção do vínculo afetivo com o parceiro parece se sobressair às barreiras percebidas, uma vez que a **autoeficácia** percebida pelos sujeitos demonstra que eles se julgam totalmente capazes para tal. Essa perspectiva pode ser atribuída ao maior **sentimento relacionado à ação**, traduzido por conforto e bem-estar, provavelmente proveniente da revelação da soropositividade, associada às **influências interpessoais e situacionais**. Essas últimas se referem, respectivamente, ao apoio emocional e de cuidado advindo dos filhos, bem como à vivência de adoecimento/hospitalização do parceiro, fazendo-se entender que a manutenção do vínculo entre o casal fortalece o cuidado com o outro, afastando a possibilidade de morte.

A gente vai conseguir se manter assim, sem dúvida. É pra o nosso bem. O que minha esposa tá tentando fazer, ela vai fazer até o dia que puder. Me apoiar e dar forças (Plínio, 42 anos).

No mês de março ele quase que morreu, mas graças a Deus, superou e está bem, super bem. Temos que continuar nos cuidando. Aí os meus filhos comentam: “mãe, a pessoa que tem HIV, simplesmente é normal. Porque vocês têm uma vida normal. Ninguém diz de vocês. Só quem sabe mesmo né, mãe?!” Agora, vem os cuidados, não é? (Paula, 50 anos).

Os aspectos representados nas falas dos sujeitos devem ser estimulados pelos profissionais, tornando-se importante envolver a família nesse processo, uma vez que, é mais

provável que as pessoas se comprometam a adotar comportamentos de promoção de saúde quando os indivíduos considerados importantes para elas esperam por isso e oferecem ajuda para permití-los (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011).

4.3 PLANEJAMENTO DE AÇÕES PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE SEXUAL: UM PROCESSO EM CONSTRUÇÃO

Este item diz respeito ao processo de construção que integra o terceiro componente do diagrama do MPS (2011), cujo conteúdo é constituído pelas ações (intervenções) que possibilitam as pessoas a adotar ou manter comportamentos que, por sua vez, podem influenciar no seu bem estar

É relevante ressaltar, mais uma vez, que a teoria da Promoção da Saúde, de Pender (2011), comporta a lógica de que o processo do **compromisso com o plano de ação** deve ser construído de forma conjunta, entre o indivíduo e o profissional de saúde, pois, mesmo que visem um objetivo em comum, ambos são sujeitos distintos, que interpretam cada situação a seu modo, adaptando-a à sua realidade e contexto histórico, social e político (RIOS et al., 2007).

Por conseguinte, o resultado satisfatório do planejamento depende da vontade, preferências e do compromisso do indivíduo em atuar como protagonista do processo, podendo, no entanto, existir necessidades de resolução de outros problemas prévios, como as **demandas contrapostas imediatas** às ações, as quais o sujeito não tem domínio para evitá-la (baixo controle), ou **preferências**, na qual ele possua dificuldade em resistir – alto controle (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011).

Partindo dessas concepções e, após ter expressado seus comportamentos relacionados à saúde sexual, bem como seus sentimentos pautados no desejo de mudança ou de manutenção desses comportamentos, representados sinteticamente nos diagramas apresentados e discutidos nas categorias anteriores, os participantes deste estudo foram contatados novamente pela pesquisadora a fim de estabelecer um compartilhamento de conhecimentos e de impressões acerca da sua saúde sexual e, daí, ser iniciada a construção de um plano de ações.

Dos 14 (catorze) sujeitos, sete aceitaram participar desse segundo encontro com a pesquisadora – em local de sua preferência; os demais encontraram dificuldades de deslocamento/transporte para tal no decorrer do período da pesquisa. Ressalta-se que o

planejamento de ações foi traçado com o indivíduo, mas, para este estudo, os seus resultados não foram avaliados, uma vez que consistem em intervenções que exigem longo prazo para adaptação pelo indivíduo, devido à complexidade das demandas que as envolvem, como discutidas na análise apresentada anteriormente. É um plano, portanto, que se encontra em constante (re)avaliação e (re)construção.

De uma forma geral, os indivíduos foram lembrados acerca de seus comportamentos expressados nas entrevistas, o que culminou num diálogo sobre as possibilidades para uma perspectiva de mudança ou adaptação nas atitudes, incluindo o que consideravam importante para uma boa saúde sexual, para si, naquele momento. Ao mesmo tempo, fez-se necessário que a pesquisadora tornasse conhecidas certas estratégias, orientações e condutas importantes para o empoderamento dos participantes, que sequer foram expressas pelos mesmos no primeiro encontro, talvez por não serem comuns em suas vidas ou por não serem tão divulgadas/estimuladas no meio social, a exemplo dos veículos de informação ou do próprio serviço de saúde.

Assim, considerando o grave impacto da epidemia do HIV na população, as tecnologias de intervenções e de redução de riscos mais atualizadas, voltadas para as PVHA foram incentivadas nesse segundo encontro, com o intuito de promover a própria saúde dos participantes, como também a de suas parcerias afetivas/sexuais (UNAIDS, 2010).

A exemplo do que pode ser constatado nas falas dos participantes deste estudo, retratadas no capítulo anterior, o que acontece atualmente é que, novos métodos de redução de risco para o adoecimento pelo HIV estão sendo introduzidos, à medida em que são cientificamente validados, contudo, as pessoas parecem não acompanhar suas aplicações na prática, o que pode ser reflexo do discurso e das práticas ainda limitadas dos próprios serviços de saúde, que seguem o modelo hegemônico biomédico, conforme discutido por Santos et al. (2014). É o caso da não disponibilidade do preservativo feminino, tal como acontece com o masculino; da existência ainda deficiente do protocolo de Profilaxia Pós-Exposição (PEP), especialmente para casais sorodiscordantes, ou até mesmo da ausência de consultas de planejamento familiar aos casais, nos SAE, e de grupos de apoio ou aconselhamento para o enfrentamento da submissão feminina.

Sob uma perspectiva mais ampla, há um forte consenso mundial de que existem ferramentas provenientes de grandes descobertas científicas acumuladas em 30 anos de epidemia capazes de encerrá-la. Para que isso seja alcançado, o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids (UNAIDS, 2011) firmou o compromisso de unir estratégias

para diminuir em 90%, até 2030, o número de novos casos de HIV e mortes relacionadas com a aids em relação a 2010.

Uma dessas estratégias de intervenção se concentra no estímulo ao uso do preservativo feminino. Quando indagadas a respeito desse método durante a construção do plano de ação, as mulheres que participaram desta etapa (n=2), no estudo, referiram que sentem dificuldades para incluí-lo em suas práticas porque somente ouvem falar sobre o mesmo, de uma maneira distante. Ou seja, do ponto de vista programático, existem situações em que as questões relativas ao uso do preservativo feminino sequer são mencionadas pelos profissionais de saúde. Quando isso não ocorre, é bem provável que as orientações sejam repassadas de modo prescritivo e, ainda mais, por meio de uma linguagem não acessível para algumas mulheres. Por conseguinte, a ênfase nesse enfrentamento é um dos pontos mais necessários para que ocorram contribuições nos avanços da promoção da saúde sexual.

Ademais, sabe-se que, na relação sexual, a vulnerabilidade da mulher ao adoecimento pelo HIV ou por outras IST é quatro vezes maior do que a do homem, pois o sêmen infectado permanece em contato prolongado com a mucosa vaginal, facilitando a penetração de agentes patológicos (MOURA, 2011). No entanto, apesar da maior vulnerabilidade individual, pela conformação fisiológica da genitália, o risco de adoecimento por parte das mulheres constitui-se um dos principais problemas críticos da epidemia pelo fato da difícil negociação do sexo mais seguro com o parceiro, seja nas relações sorodiscordantes ou soroconcordantes.

Como intervenções para a tentativa de reversão desse problema, as mulheres deste estudo pareceram demonstrar-se dispostas a experimentar pela primeira vez o método, testar sua técnica de inserção no canal vaginal enquanto estivessem sozinhas em casa para que, somente depois de atingir certa segurança na aplicação, fazer uso com o parceiro. Ainda mais, as mesmas expressaram a necessidade de retirar dúvidas com os profissionais de saúde e de trocar experiências com outras mulheres. O fato é que elas não tinham nem conhecimento da existência do Movimento Cidadãs PositHIVas, no espaço do SAE, sendo, então, apresentadas às líderes do grupo para um possível engajamento.

O referido movimento atua como rede em defesa e garantia dos direitos e controle social de política de saúde para mulheres, além de possuir o objetivo, dentre outros, de trocar experiências nas temáticas de estigma e discriminação, saúde sexual e saúde reprodutiva, cunhadas no exercício da cidadania. Esse processo de engajamento, no caso das mulheres do estudo, faz-se interessante, já que a adoção de medidas preventivas, como é o caso do preservativo feminino, esbarra em temas sobre os quais é difícil dialogar e exige preparo e superação de barreiras sociais, culturais e emocionais (TENÓRIO et al., 2015).

Outra estratégia importante, além do ato exclusivo do uso do preservativo, é a adoção de práticas alternativas ou complementares de redução de risco (prevenção combinada), que se faz importante, uma vez que se sabe que o uso isolado do preservativo, mesmo que de maneira regular, não garante proteção total. Um estudo que teve o objetivo de estimar o risco da transmissão do HIV por via sexual ao longo de um ano e de 10 (dez) anos, respectivamente, entre casais sorodiscordantes masculino-masculino e masculino-feminino evidenciou que, na primeira situação, há uma probabilidade de 13% para a transmissão em um ano apenas com o uso consistente do preservativo, em detrimento de 76% de risco em 10 (dez) anos. Já em relação ao casal homem-mulher, a probabilidade foi menor, apresentando o risco de 1% em um ano, e de 11% em 10 (dez) anos (LASRY et al., 2014).

O risco de transmissão também pode variar de acordo com a adoção de determinadas práticas sexuais, a exemplo do sexo sem penetração, da masturbação a dois, do sexo vaginal e do sexo oral, em detrimento do sexo anal, por decorrência da fragilidade do epitélio da mucosa anorretal, com risco aumentado de ruptura da barreira epitelial durante o ato sexual (FOX; FIDLESR, 2010).

A combinação de outras estratégias, que pode, inclusive, ser utilizadas durante o planejamento familiar das PVHA, para casais que desejam ter filhos, também deve ser estimulada para a redução de risco. É o caso da circuncisão masculina, do uso de microbicidas em gel, da quimioprofilaxia pré-exposição (PrEP), da PEP e do monitoramento da carga viral a partir do tratamento com ARV (LASRY et al., 2014; REIS, NEVES, GIR, 2013; SANTOS et al., 2012).

Neste estudo, somente dois dos sete sujeitos que participaram do segundo encontro afirmaram ter ouvido falar sobre alguma das medidas citadas anteriormente, que foi o caso da PEP, estratégia que visa a redução do risco de transmissão do HIV nos casos em que ocorrer falha, ou não, do uso da camisinha, por meio da utilização de medicamentos ARV até um período de 72 horas após a relação sexual (BRASIL, 2013).

O empoderamento das PVHA para o uso dessas tecnologias de intervenção pode até torná-las mais seguras e confiantes para o enfrentamento das barreiras percebidas em relação ao fortalecimento ou à (re)construção de relacionamentos afetivos, contribuindo com vida sexual tranquila e feliz. Para as mulheres, em especial, o conhecimento e a disposição desses recursos pode ser um passo para fortalecer suas atitudes no relacionamento e na tomada de decisões frente à relação de poder da figura masculina.

Diante de tantas tecnologias de intervenção, que devem ser consideradas importantes para a eficácia de ações de promoção da saúde direcionadas às PVHA e seus parceiros, é

imprescindível que a interação dos sujeitos na gestão do seu próprio cuidado seja fortalecida e otimizada a todo o momento, principalmente porque não envolve apenas aspectos físicos, mas também porque envolve o campo relacional, com suas questões sentimentais e íntimas de amor e afeto, tão difíceis de ser compreendidas e exploradas. Nesse âmbito, as tecnologias leves tomam espaço privilegiado nos serviços e, portanto, não devem ser esquecidas pelos profissionais envolvidos nesse processo como mediadores. O acolhimento, com toda a sua complexidade de escuta sensível, de vínculo e de responsabilização pelo outro, precisa ser colocado em prática para que o plano de ação construído não se torne uma atitude prescritiva, conhecida e aplicada tão comumente.

Na perspectiva da enfermagem, é importante entender que esse exercício de construção integrada da promoção da saúde seja praticado em todos os ambientes em que ocorre seu cuidado, ou seja, nas consultas profissionais que, por sua vez, são orientadas por meio do processo de enfermagem, de maneira deliberada e sistemática,

Assim, entendendo-se que, segundo a resolução COFEN nº 358/2009, esse processo é considerado um instrumento metodológico que norteia o cuidado profissional de enfermagem e a documentação da sua prática, e que o mesmo deve estar baseado num suporte teórico que oriente a implementação de suas fases (coleta de dados, estabelecimento de diagnósticos de enfermagem, planejamento das ações ou intervenções de enfermagem e avaliação dos resultados alcançados), é necessário ressaltar que o percurso percorrido durante os dois encontros desta pesquisa seguiu a lógica dessas etapas, as quais estão relacionadas à luz do MPS de Nola Pender no Quadro 8.

Além disso, para demonstrar o plano de ação acordado entre a pesquisadora-enfermeira e os sujeitos participantes do segundo encontro, quatro situações são apresentadas nos Quadros 9, 10, 11 e 12, respectivamente, escolhidas por terem se destacado em cada uma das dimensões comportamentais apresentadas e discutidas anteriormente neste trabalho (subitens 4.2.1 a 4.2.4).

Diante da identificação e da análise dessas dimensões comportamentais, pode-se considerar que a relação do MPS com o Processo de Enfermagem integrado à saúde sexual das PVHA, é, portanto, uma das principais contribuições da presente dissertação, no sentido de demonstrar aos enfermeiros um exemplo prático da aplicação de uma teoria (tecnologia leve-dura) na assistência e sinalizar estratégias importantes de serem trabalhadas com os indivíduos, sem deixar de reafirmar a imprescindível necessidade do envolvimento de outros profissionais e de outros setores sociais para a promoção da saúde.

Quadro 8: Visão geral da aplicação do MPS com o Processo de Enfermagem relacionado à saúde sexual de PVHA, Maceió-AL, Brasil.

| Teórica | Coleta de dados | Diagnóstico de Enfermagem (DE) | Planejamento | Implementação | Avaliação |
|-----------------------|--|--|--|--|--|
| MPS Nola Pender | O enfoque está sobre a capacidade das PVHA para o desenvolvimento de atividades e recursos que mantenham ou intensifiquem o seu bem-estar. Quais os <u>fatores pessoais</u> do indivíduo (idade, orientação sexual, número de parceiros, raça/cor, situação socioeconômica, ocupação, religião/crença), os <u>benefícios</u> , <u>barreiras</u> , <u>autoeficácia</u> , <u>sentimentos</u> e <u>influências</u> relacionados à mudança/ manutenção dos comportamentos relacionados à saúde sexual importantes de ser adotados para que as ações promotoras de saúde sejam atingidas? | Relaciona-se com a identificação, pelo enfermeiro, dos comportamentos que interferem positivamente ou negativamente na saúde sexual importantes de serem modificados/ mantidos, declarados pelo indivíduo. | Enfoca o estabelecimento de necessidades, vontades e prioridades da PVHA para facilitar a adoção de comportamentos promotores de saúde. Deve ser traçado em conjunto com o profissional e o indivíduo. | Diz respeito à realização das ações necessárias para ajudar o indivíduo a atingir os comportamentos promotores de saúde, de acordo com o planejamento (plano de ação) traçado. | Relaciona-se com as atividades alcançadas. Os comportamentos importantes e desejados de ser modificados/ mantidos estão sendo praticados? Há necessidade de ajuste do plano de ação? Houve demandas contrapostas ou preferências imediatas diante da adoção de algum comportamento? É importante acordar um período de tempo para a realização das avaliações. |

Fonte: dados do pesquisador.

Quadro 9: Visão geral da aplicação MPS com o Processo de Enfermagem relacionado à primeira dimensão comportamental (situação 1), Maceió-AL, Brasil.

| Situação 1 | Coleta de dados | Diagnósticos de Enfermagem | Planejamento | Implementação | Avaliação |
|--|---|--|--|--|-----------|
| Prevenir transmissão do HIV e adoecimento. | Pícaro, 35 anos, negro, homossexual, relacionamento sorodiscordante com um parceiro, ensino médio completo, católico. Desempregado, recusou a última proposta de trabalho (técnico em segurança do trabalho) porque temia que o diretor da empresa exigisse a realização de exames de sangue. Sente-se totalmente capaz de desempenhar o comportamento relacionado à prevenção da transmissão do HIV e do adoecimento, tem conhecimento dos benefícios para tal. No entanto, reconhece que usar preservativo é incômodo, o que suscita uma percepção negativa sobre a ação. O parceiro não tem conhecimento do diagnóstico, o que representa uma influência negativa, pois o mesmo insiste em não se prevenir. Não revela o diagnóstico ao parceiro por medo do abandono; é popular onde reside, integrado com comitês políticos e participa de um grupo da paróquia: teme ser julgado e sofrer preconceito. Admite que, nos momentos em que sai para as festas com amigos, a bebida alcoólica pode significar uma influência negativa para a adoção do comportamento, pois aumenta o seu desejo de se relacionar sexualmente e o deixa embriagado. Reside com a mãe, a única que tem conhecimento da sua soropositividade e o ajuda na tomada de decisões. | Reconhecimento sobre a importância do uso do preservativo masculino; Déficit de conhecimento sobre outras tecnologias de intervenção para redução de risco; Influência interpessoal (negativa) presente; Risco para ingestão de bebida alcoólica; Risco para transmissão do HIV; Risco para contaminação por outras IST's. | Explicar importância de utilizar regularmente o preservativo (masculino); Trabalhar individualmente ou em grupo formas de superar as barreiras quanto ao uso do preservativo (erotização do método); redução de danos em relação à ingestão de álcool ou outras drogas); Orientar sobre necessidade de adesão ao tratamento antirretroviral para atingir carga viral indetectável e diminuir risco de transmissão; Explicar importância de convidar o(a) parceiro(a) para realizar testagem anti-HIV e para participar de diálogo/aconselhamento com a enfermeira, independente do resultado; Apresentar a existência do protocolo da PrEP ou PEP, em casos de necessidade, como direito do parceiro; Apresentar a existência e importância da adoção de práticas sexuais com menor risco – prevenção combinada (uso de microbicidas em gel, masturbação a dois) e explicar a diferença de risco relacionado ao tipo de via sexual (anal, e oral); Disponibilizar os preservativos em local de fácil acesso no serviço de saúde. | <u>Ações acordadas no plano conjunto - Pícaro se compromete a::</u> Manter o uso do preservativo masculino nas relações sexuais sempre; Experimentar estratégias para reduzir o incômodo do parceiro em relação à prevenção: erotização do preservativo; Manter boa adesão à TARV sempre; Reduzir o uso da bebida alcoólica nos ambientes sociais a partir do presente dia (três copos de cerveja – 250 mL cada, ao invés de dez copos). | 3 meses |

Fonte: dados do pesquisador.

Quadro 10: Visão geral da aplicação MPS com o Processo de Enfermagem relacionado à segunda dimensão comportamental (situação 2), Maceió-AL, Brasil.

| Situação 2 | Coleta de dados | Diagnósticos de Enfermagem | Planejamento | Implementação | Avaliação |
|--|--|---|--|---|-----------|
| (Re)construir laços afetivos, quando oportuno. | Perseu, homem, 21 anos, pardo, bissexual, ensino médio completo, agnóstico, balconista. Estava em um relacionamento sério com um parceiro, mas após descobrir sua soropositividade e, diante do resultado de teste rápido anti-HIV não reagente do companheiro, terminou o namoro. Reconhece o desejo de se relacionar afetivamente com alguém, mas tem medo de transmitir o HIV - mesmo sabendo que pode utilizar o preservativo (masculino) – ou de ter o diagnóstico revelado a outras pessoas. Recentemente, conheceu uma mulher na balada, sentiu desejo de se relacionar com a mesma, mas teme o estigma. Expressa preocupação quanto ao seu próprio desejo futuro – e o da sua mãe - de ser pai. Reconhece a ausência de influências positivas que o ajudem para o enfrentamento do problema, por ser um assunto muito íntimo e por não ter compartilhado sua história com amigos próximos. | Desejo atual de relacionar-se afetiva e sexualmente; Medo do estigma presente; Risco para depressão; Reconhecimento sobre a importância do uso do preservativo masculino; Déficit de conhecimento sobre outras tecnologias de intervenção para redução de risco; Influências positivas (interpessoal e situacional) ausentes; Desejo de paternidade presente; Déficit de conhecimento sobre planejamento familiar diante da soropositividade. | Auxiliar na tentativa da retomada da rotina social e na concentração em pensamentos agradáveis; Discutir preocupações e estimular compartilhá-las com pessoas em quem confia; Manter diálogo aberto com o indivíduo sobre suas percepções; Esclarecer direitos reprodutivos da PVHA e métodos para planejamento familiar; Apresentar o grupo de jovens do SAE; Trabalhar sexualidade, estratégias de redução de riscos (prevenção combinada) e relacionamentos afetivos individualmente ou em grupos terapêuticos (organizá-los de acordo com a faixa etária ou sexo). | <u>Ações acordadas no plano conjunto – Perseu se compromete a:</u> Retomar a rotina social que costumava ter com os amigos e família a partir da próxima semana (ir à praia e a encontros sociais); Estar aberto a conhecer pessoas novas, quando oportuno; Experimentar estratégias para reduzir a sensação de tristeza fazendo o que gosta: voltar à academia no dia seguinte, ler livros; Comparecer à próxima reunião do grupo de jovens do SAE (a enfermeira se compromete a acompanhá-lo apresentá-lo aos integrantes). | 2 meses |

Fonte: dados do pesquisador.

Quadro 11: Visão geral da aplicação MPS com o Processo de Enfermagem relacionado à terceira dimensão comportamental (situação 3), Maceió-AL, Brasil.

| Situação 3 | Coleta de dados | Diagnósticos de Enfermagem | Planejamento | Implementação | Avaliação |
|--|--|--|--|--|-----------|
| Empoderar-se diante da figura masculina. | Pedrina, mulher, 33 anos, negra, heterossexual, casada – relacionamento soroconcordante, parceiro não adere ao tratamento/acompanhamento no serviço de saúde, empregada doméstica, possui dois filhos. Expressa tristeza e profunda preocupação com seu problema familiar: seu marido é alcoólatra e, sob o efeito da bebida frequente nos fins de semana, a agride verbalmente. Tem medo de denunciá-lo, pois não quer ser perseguida; não quer mudar-se para casa de algum parente por medo de ser descoberta por sua soropositividade. Apesar do desejo de se valorizar e ser valorizada, percebe-se incapaz de se impor diante do companheiro. | Sentimento de tristeza e impotência presentes; Medo do estigma presente; Sofrimento de violência verbal presente; Risco para sofrimento de outros tipos de violência; Situação socioeconômica comprometida; Risco para depressão; Empoderamento ausente. | Apresentar os grupos terapêuticos e de apoio do município (grupo de jovens, rede de PVHA e Movimento Cidadãs PositHIVas); Explicar importância de engajar-se nos grupos; Discutir preocupações e estimular compartilhá-las com pessoas em quem confia; Manter diálogo aberto sobre suas percepções; Acompanhar e encaminhar para os centros de proteção à mulher; Discutir e realizar oficinas junto com as usuárias sobre o empoderamento feminino e direitos das mulheres. | <u>Ações acordadas no plano conjunto - Pedrina se compromete a:</u> Comparecer à próxima reunião do grupo Cidadãs PositHIVas (a enfermeira se compromete a acompanhá-lo apresentá-lo às integrantes). Comparecer ao Centro de Proteção à mulher na próxima semana; Procurar manter diálogo aberto com o parceiro. Em caso de violência, denunciá-lo na delegacia mais próxima. Experimentar estratégias para reduzir a sensação de temor voltando a fazer o que gosta: caminhar na praça e ir à igreja para se distrair dos problemas. Iniciar acompanhamento com psicólogo do SAE no dia seguinte. | 1 mês |

Fonte: dados do pesquisador.

Quadro 12: Visão geral da aplicação MPS com o Processo de Enfermagem relacionado à quarta dimensão comportamental (situação 4), Maceió-AL, Brasil.

| Situação 4 | Coleta de dados | Diagnósticos de Enfermagem | Planejamento | Implementação | Avaliação |
|--|---|--|---|--|-----------|
| Manter/ fortalecer a relação conjugal. | Paula, mulher, 50 anos, parda, heterossexual, professora aposentada, viúva há 13 anos, possui seis filhos, em um relacionamento soroconcordante com o parceiro atual há 10 anos. Reconhece que a descoberta da soropositividade fortaleceu os laços relacionais com o esposo, o que mudou foi a adoção do uso do preservativo (masculino) em todas as relações sexuais. No início do diagnóstico, percebeu a possibilidade de morte diante do adoecimento do parceiro (Aids + leishmaniose visceral), o que reforçou o cuidado mútuo entre o casal, mesmo após a recuperação do mesmo. Enxerga o apoio dos filhos como influências positivas para o enfrentamento do seu processo saúde-doença. O medo do estigma é o que mais a deixa preocupada e triste. | Sensação de fortalecimento da relação conjugal presente; Déficit de conhecimento sobre outras tecnologias de intervenção para redução de risco; Déficit de conhecimento para conduzir a sexualidade de outras maneiras agradáveis; Medo do estigma presente. | Realizar consultas de enfermagem aos casais e grupos terapêuticos para trabalhar sexualidade e relacionamentos afetivos; Orientar sobre redução de riscos de adoecimento; Apresentar a existência de outras tecnologias de intervenção (preservativo feminino) e formas de conduzir a sexualidade de maneira mais agradável (erotização do preservativo) individualmente ou em grupo. | <u>Ações acordadas no plano conjunto - Paula se compromete a:</u> Comparecer à consulta de enfermagem com o esposo no próximo mês; Experimentar o uso do preservativo feminino nas relações sexuais; Experimentar outras formas de conduzir a sexualidade de forma agradável (erotização do preservativo); Continuar mantendo diálogo aberto com o parceiro. | 1 mês |

Fonte: dados do pesquisador.

5 CONCLUSÕES

Para uma melhor compreensão a respeito da análise do comportamento relacionado à saúde sexual de PVHA, objeto deste estudo, a utilização do MPS de Nola Pender (2011) se mostrou como um guia viável e importante, o qual permitiu explorar o complexo biopsicossocial dos sujeitos de forma dinâmica e coerente com a lógica do processo de enfermagem, que resultou no alcance dos objetivos aqui propostos: **1)** Identificar as características individuais e os comportamentos relacionados à saúde sexual dos sujeitos, prévios ao momento da pesquisa; **2)** Descrever os sentimentos, autoeficácia, barreiras, benefícios e influências em relação aos comportamentos que precisam ser modificados e **3)** Construir um plano de ação acordado conjuntamente com o indivíduo sobre os comportamentos relacionados à saúde sexual.

Quanto às **características individuais** dos 14 participantes, delineou-se o perfil de um grupo diversificado, composto por homens e mulheres, concentrando-se entre adultos, homo e heterossexuais, solteiros e casados, com nível de escolaridade que variou de baixo a mediano. Os **comportamentos relacionados à saúde sexual** identificados corresponderam ao **1)** não uso do preservativo masculino em todas as relações sexuais, **2)** suspensão/restrição da vida sexual e ausência de relacionamentos afetivos, **3)** submissão feminina nas relações de gênero e **4)** fortalecimento da vida sexual e do afeto relacional, este último considerado como comportamento positivo.

Em relação ao desejo de mudança do primeiro comportamento identificado, ou seja, do uso do preservativo masculino em todas as relações sexuais, os sujeitos demonstraram possuir conhecimento sobre seus **benefícios**, pois expressaram a importância da responsabilidade voltada para si e para o(a) parceiro(a) ao prevenir possíveis transmissões do HIV e do seu próprio adoecimento. Houve **barreiras** representadas pelo fato do uso do preservativo não ser prático, não ser um hábito comum e não ser agradável, o que culminou num **sentimento** de percepção negativa, porém de tranquilidade, devido aos benefícios relatados. Os sujeitos se perceberam capazes de modificar o hábito e/ou de convencer o outro para tal (**autoeficácia**). Já as **influências interpessoais e situacionais** referidas se relacionaram às opiniões dos parceiros sexuais, ao incentivo de familiares e ao acesso livre ao preservativo no serviço de saúde.

Os **benefícios** percebidos para a segunda dimensão comportamental, ou seja, para a (re)construção da vida sexual e de relacionamentos afetivos foram representados pela

perspectiva de bem-estar e do desejo do direito reprodutivo como projeto de vida dos sujeitos, capaz de suscitar um **sentimento** positivo expressado pela sensação de continuidade da vida social. No entanto, o medo da transmissão ou do adoecimento pela percepção de vulnerabilidade, assim como do temor do preconceito ou abandono por parte do outro, diante da possibilidade de revelação do diagnóstico, foram percebidos como **barreiras** para a ação, o que pareceu prevalecer sobre os benefícios, já que um aspecto de dúvida (**autoeficácia**) se sobressaiu, somado à ausência de **influências interpessoais e situacionais** positivas.

Sobre o terceiro comportamento, o empoderamento foi considerado uma atitude desejada por algumas participantes, que enxergaram o cuidado de si própria como **benefício** para a ação. No entanto, as dificuldades advindas da situação socioeconômica desfavorecida das mulheres parecem repercutir na sua dependência e submissão ao companheiro, fato representado como uma **barreira percebida** diante do desejo de mudança de atitude, e consequente julgamento de incapacidade para realizá-la (**autoeficácia**). A situação parece ainda mais difícil devido à ausência de alguma **influência interpessoal** positiva e ao medo da revelação do diagnóstico da soropositividade para outras pessoas, como os familiares (**influência situacional**).

Quando indagados sobre os **benefícios** relacionados à continuidade e fortalecimento dos seus relacionamentos conjugais, o parceiro foi visto pelos sujeitos como uma fonte de apoio emocional e de ajuda nos cuidados com a saúde. Por outro lado, o medo da transmissão do HIV ou do aumento da carga viral durante as relações sexuais surgiu como uma **barreira** desse aspecto. Felizmente, a **autoeficácia** percebida demonstrou que os sujeitos se julgam totalmente capazes para manter o comportamento. Essa perspectiva pode ser atribuída ao **sentimento** positivo, traduzido por conforto e bem-estar, provavelmente proveniente da revelação da soropositividade, associada às **influências interpessoais e situacionais**. Essas últimas se referiram ao apoio emocional e de cuidado advindo dos filhos, bem como à vivência de adoecimento do parceiro, fazendo-se entender que a manutenção do vínculo entre o casal fortalece o cuidado com o outro, afastando a possibilidade de morte.

Diante dos resultados, foi possível analisar que os comportamentos prévios relacionados à saúde sexual dos participantes parecem se basear nas crenças do senso comum e/ou da cultura do indivíduo, em que é presente a opinião sobre a ausência do prazer satisfatório com o uso do preservativo, da sua não praticidade, do entendimento que o HIV somente se previne com o uso desse método (e, por isso, a decisão de não se relacionar sexual e afetivamente com o outro), do pensamento – ainda presente na atualidade - que ser mulher

envolve servir e se submeter aos desejos do homem, e da não orientação acerca de outras formas de conduzir a sexualidade de forma agradável e feliz.

Nesses aspectos, o conhecimento da soropositividade parece se mostrar como uma situação em que os comportamentos passam a ser repensados a fim de que a saúde dos indivíduos e de seus parceiros não seja colocada em risco. Contudo, ao mesmo tempo, os desejos de mudança comportamental e de atitude, bem como da percepção de seus benefícios, aparecem permeados de medo do estigma decorrente da revelação de ser descoberto com uma doença socialmente condenada e da comum falta de apoio familiar e até conjugal para a tomada de decisões.

Diante da análise das dimensões dos comportamentos apresentados e, após um segundo encontro com 7 (sete) dos 14 (catorze) sujeitos deste estudo, um plano de ação foi acordado junto com a pesquisadora-enfermeira, com vistas a empoderá-los para o desenvolvimento de cuidados relacionados à saúde sexual, conforme suas necessidades e vontades expressas, de modo a atender ao terceiro objetivo específico proposto neste trabalho.

Daí, emergiram estratégias que podem ser utilizadas pelas PVHA e implementadas no âmbito dos serviços de saúde, como o desenvolvimento do planejamento familiar para casais sorodiscordantes ou soroconcordantes que desejam ter filhos, da propagação de conhecimento de estratégias para redução de risco (a exemplo do uso de microbicidas em gel, da PrEP, da PEP e do monitoramento da carga viral a partir do tratamento com ARV), do empoderamento das mulheres em relação ao uso do preservativo feminino e da formação de grupos coletivos e terapêuticos que trabalhem a sexualidade das PVHA e, assim, possibilitem o fortalecimento da sua participação no processo saúde-doença.

Mais do que a utilização do MPS como uma tecnologia leve-dura para guiar a execução das estratégias, seja no espaço da consulta de enfermagem individual ou nos grupos, é importante que os profissionais também não deixem de oferecer a empatia, a atenção sensível e a afetividade (tecnologias leves) demandadas no vínculo desse processo de constante (re)construção e (re)avaliação.

Ademais, a perspectiva deste trabalho também se volta no sentido de enfatizar a utilização de uma teoria de enfermagem para a sua realização, o que representa um esforço na luta pelo fortalecimento da autonomia da profissão a partir da disseminação de uma parte do seu conhecimento científico próprio voltado para a assistência, visando a sua qualidade. A relação do MPS com o Processo de Enfermagem integrado à saúde sexual das PVHA é, portanto, uma das principais contribuições da presente dissertação, no sentido de demonstrar aos enfermeiros um exemplo prático da aplicação de uma teoria (tecnologia leve-dura) na

rotina dos serviços de saúde e sinalizar estratégias importantes de serem trabalhadas com os indivíduos.

Finalmente, faz-se significativo enfatizar a indiscutível importância que o cuidado de enfermagem possui no âmbito do princípio da integralidade e no desenvolvimento das estratégias aqui traçadas. Contudo, as necessidades inerentes ao processo de promoção da saúde das pessoas, por serem amplas, também exigem a ação da equipe de saúde e de outras áreas, no exercício da interdisciplinaridade. No caso específico do HIV, este estudo mostrou a existência de fenômenos maiores que as intervenções de saúde, os quais perpassam as demandas sociopolíticas e econômicas de uma epidemia estigmatizante, que, inclusive, sofreu um processo de pauperização e feminização, e que requer a (re)organização de direitos básicos dos cidadãos, fato que reafirma a complexidade da prática baseada na concepção ampliada de saúde.

REFERÊNCIAS

ABEL, E.; HOPSON, L.; DELVILLE, C. Health promotion for women with immunodeficiency virus or acquired immunodeficiency syndrome. **J. Am. Acad. Nurse Pract.** Vol. 18, p. 534-43, 2006.

ABEP (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa); 2014. Disponível em: <<http://www.abep.org/new/criterioBrasil.aspx>> Acesso em: 11 jan. 2014.

ABESO (Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica). **Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010**. 3.ed; Itapevi, SP:AC Farmacêutica, 2009.

ALVES, A. C. S. **Sociopoetizando a construção das ações de autocuidado no envelhecimento saudável**: uma aplicação da teoria de Nola Pender. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

ANJOS, E. M. et al. Nutritional and metabolic status of HIV-positive patients with lipodystrophy during one year of follow-up. **Clinics**. Vol. 66, n. 3, 2011; p. 407-10.

ARAÚJO, I. A. et al. Representações sociais da vida sexual de mulheres no climatério atendidas em serviços públicos de saúde. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, vol. 22, n. 1, p. 114-22, jan./mar. 2013.

ARMENTANO, T. C. et al. The lipodistrofy in patients living with HIV/aids. **R. pes. cuid. fundam. online**. Vol 5, n. 5, p. 173-81, 2013; Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1750/pdf_1021> Acesso em: 10 nov. 2013.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS (ABIA). **Prevenção positiva**: estado da arte. Rio de Janeiro: ABIA, 2009. 52 p.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface* (Botucatu), Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, fev. 2004.

AYRES, J. R. C. M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde soc.*, vol.18, n. 2, p. 11-23, 2009.

AYRES, J. R. C. M. Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. **Interface**, Botucatu, v. 6, n. 11, ago. 2002.

AYRES, J. R. C. M. et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G. W. S. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. 2 ed. Rio de Janeiro: Ed. Hucitec, 2012, p. 375-417.

AYRES, J. R. C. M.. Uma concepção hermenêutica de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, abr. 2007.

BANDURA, A.; AZZI, R. G.; POLYDORO, S. **Teoria social cognitiva**: conceitos básicos. Porto Alegre: Artmed, 2008, 176 p.

BATISTA, J. A. L. et al. Prevalência e fatores socioeconômicos associados com o tabagismo em pessoas vivendo com o HIV por sexo em Recife, Brasil. **Rev. bras. epidemiol.** V. 16, n. 2, p. 432-43, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Aprova a Política de Promoção da Saúde. . Portaria n. 687, de 30 de março de 2006. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria687_30_03_06.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, aids e Hepatites Virais. **Atividades físicas para pessoas vivendo com HIV e aids**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, aids e Hepatites Virais. Minuta da Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira – PCAP. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Portaria n. 1.271, de 6 de junho de 2014. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html>. Acesso em: 20 dez. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico**: aids e DST. Ano VIII, n. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 164 p.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico: aids e DST**. Ano II, n. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 64 p.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Minuta da portaria de revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 18 p.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/Aids. **Nota Técnica nº 13/2009**: recomendações para a ampliação do acesso aos preservativos masculinos na rede de serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Qualiaids**: avaliação e monitoramento da qualidade da assistência ambulatorial em aids no SUS. Série A. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 100 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em Gestantes**: manual de bolso. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 172 p.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009, p. 19-42.

CADE, T. et al. Yoga lifestyle intervention reduces blood pressure in HIV-infected adults with cardiovascular disease risk factors. **HIV Med**. Vol. 11, n. 6, p. 379–88, 2010.

CALVETTI, P. U.; MULLER, M. C.; NUNES, M. L. T. Qualidade de vida e bem-estar espiritual em pessoas vivendo com HIV/aids. **Psicologia Est**. V. 13, n. 3, p. 523-30, 2008.

CARVALHO, P. M. G. et al. Sexualidade de pessoas vivendo com HIV/Aids. **R. Interd.**, v.6, n. 3, p. 81-8, jul./ago./set. 2013.

CARVALHO, S. M.; PAES, G. O. A influência da estigmatização social em pessoas vivendo com HIV/aids. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, vol. 19, n. 2, p. 157-63, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou

privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Resolução n. 358, de 15 de outubro de 2009. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 29 jan. 2015.

CUNHA, J. B. G. **Representações sociais sobre a aids e a terapia anti-retroviral: influências no tratamento de pessoas vivendo com HIV/aids**. 2010. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Pará, Belém, 2010.

DE BRUYNE, P; HERMAN, J; SCHOUTEETE, M. **Dinâmica da pesquisa em ciências sociais**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora; 1991.

DEEKS, S. G. HIV infection, inflammation, immunosenescence, and aging. *Annu. Rev. Med.*, v. 62, n. 1, p. 141-55, 2011.

ECCLES, J. S.; WIGFIELD, A. In the mind of the actor: the structure of adolescent's achievement task value and expectancy-related beliefs. **Society for Personality and Social Psychology**. Vol.21, no. 3, p. 215-225. 1995.

EIDAM, C. L. et al. Estilo de vida de pacientes infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e sua associação com a contagem de linfócitos T CD4+. **Rev. Bras. Cineantropom. Desempenho Hum.** Vol. 8, n. 3, p. 51-57, 2006.

ENGELSON, E. S. et al. Body composition and metabolic effects of a diet and exercise weight loss regimen on obese, HIV-infected women. **J. metabol.** Vol. 5, n. 18, 2006; p. 1327-36.

FALCO, M.; CASTRO, A. C. O.; SILVEIRA, E. A. Nutritional therapy in metabolic changes in individuals with HIV/AIDS. **Rev. Saúde Pública**. Vol. 46, n. 4, p. 737-46, 2012.

FERNANDES, M. C. P.; BACKES, V. M. S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da estratégia saúde da família sob a óptica de Paulo Freire. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, vol. 63, n. 4, p. 567-73, jul-ago 2010.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 39. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2009.

FITCH, K. V. et al. Effects of a lifestyle modification program in HIV-infected patients with the metabolic syndrome. **AIDS**. V. 20, n. 14, p. 1843-50, 2006.

FONSÊCA, C. J. B. Conhecendo a redução de danos enquanto uma proposta ética. **Psicologia e saberes**, vol. 1, n. 1, p. 11-36, 2012.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, Jan. 2008.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade 3**: o cuidado de si. Tradução: ALBUQUERQUE, M. T. C. Rio de Janeiro: edições Graal, 1997.

FOX, J.; FIDLER, S. Sexual transmission of HIV-1. **Antiviral Research.**, vol. 85, n. 1, p. 276-85, 2010.

GIL, A. C., LICHT, R. H. G.; SANTOS, B. R. M. dos. Por que fazer pesquisa qualitativa em saúde? **Caderno de Saúde**. V. 1, n. 2, p. 5-19, 2006.

GOMES, A. M. T.; SILVA, E. M. P.; OLIVEIRA, D. C. Representações sociais da AIDS para pessoas que vivem com HIV e suas interfaces cotidianas. **Rev. latino-am. Enfermagem**, vol. 19, n. 3, mai./jun. 2011.

HARADA, M. J. C. S.; PEDREIRA, M. L. G.; VIANA, D. L. A promoção à saúde: um pouco sobre o conceito. In: **Promoção da saúde**: fundamentos e práticas. Ed. Yendis, 2013, p. 2-8.

HEALTH, EMPOWERMENT, RIGHTS AND ACCOUNTABILITY. **Direitos sexuais e reprodutivos e saúde das mulheres**: idéias pra ação, 1999. Disponível em: <<http://www.ihhc.org/hera>>. Acesso em: 16 dez. 2014.

HYMAN, M. A.; ORNISH, D.; ROIZEN, M. Lifestyle medicine: treating the causes of disease. **Alternative therapies**, Vol. 15, n. 6, Nov./Dec. 2009.

IDE, C. A. C. Bases teóricas de um modelo psicossocial na promoção da saúde e bem-estar. In: IDE, C. A. C.; FONSECA, A. S.; DOMENICO, E. B. L. de (Org.). **O cuidar em transformação**: orientações para a abordagem multidimensional em saúde. São Paulo: Ed. Atheneu, 2010, p. 45-62.

JARDIM, V. M. et al. O conhecimento e o uso de preservativo por adolescentes: estudo comparativo em uma escola particular e pública. *Revista Científica da Faculdade de Medicina de Campos*, V. 8, n. 1, p. 8-13, maio 2013.

LIMA, F. L. A.; SILVA, E. A. A.; PICHELLI, A. A. W. S. Amor romântico e relações afetivas: repercussões nos papéis de gênero. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO 10, 2013, Florianópolis. **Anais Eletrônicos**. Florianópolis, 2013.

LIMA, I. C. V. et al. Ações de promoção da saúde em serviço de assistência ambulatorial especializada em HIV/aids. **Cienc. Cuid. Saude**. Vol. 10, n. 3, p. 556-63, jul./set. 2011.

LIMA, K. R. S. **Necessidades de conforto da pessoa que vive com aids**: uma pesquisa-cuidado com base no modelo teórico de Katharine Kolcaba. 2012. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas, Alagoas, 2012.

LÔBO, M. B.; SILVA, S. R. F. F.; SANTOS, D. S. Segredos de liquidificador: conhecimentos e práticas de sexo seguro por pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Rev. eletr. enf.** Vol. 14, n. 2, p. 395-403, abr./jun. 2012.

MALISKA, I. C. A.; PADILHA, M. I. C. S. Aids: a experiência da doença e a construção do itinerário terapêutico. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. Vol. 9, n. 3, p. 687-99, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a09.htm>>. Acesso em: 10 Jul. 2013.

MARRERO, F. A. R. et al. Physical and leisure activity, body composition, and life satisfaction in HIV-Positive Hispanics in Puerto Rico. **J. Assoc. Nurses AIDS Care**. V. 15, n. 4, p. 68-77, 2004.

MASCARENHAS, N. B.; MELO, C. M. M. de; FAGUNDES, N. C. Produção de conhecimento sobre promoção da saúde e prática da enfermeira na atenção primária. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 65, n. 6, nov. 2012.

MATÃO, M. E. L. et al. Affective bounds and the challenge to live with himself/others: social representations of serum positive HIV. **Rev. enferm. UFPE on line**, vol. 4, n. 4, p. 1719-29, out./dez. 2010.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. Vol. 20, n. 5; 2004.

MCEWEN, M.; WILLS, E. M. **Bases teóricas para enfermagem**. Editora: Artmed, 2ª ed. 2009.

MENDES, E. V. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, ago. 2010.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010 (coleção temas sociais).

MITRE, S. M.; ANDRADE, E. I. G.; COTTA, R. M. M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, ago. 2012.

NICOLAU, A. I. O. et al. Conhecimento, atitude e prática do uso de preservativos por presidiárias: prevenção das DST/HIV no cenário prisional. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 711-19, jun 2012.

O'BRIEN, K. et al. Aerobic exercise interventions for adults living with HIV/AIDS. **The Cochrane Library**. Vol. 8, p. 1-72, 2010.

OLIVEIRA, A. de. **A abordagem para a adesão do uso de preservativo no âmbito da atenção às pessoas que vivem com HIV/aids**: uma prevenção mais que positiva. 2011. Monografia (Especialização em Prevenção ao HIV/aids) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

OLIVEIRA, A. D. F. et al. Repercussões do HIV no cotidiano de mulheres vivendo com aids. **J. res. fundam. care. online**, vol. 7, n. 1, p. 1975-86, jan./mar. 2015.

OLIVEIRA, L. L. de; NEGRA, M. D.; NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F. Projetos de vida de adultos jovens portadores de HIV por transmissão vertical: estudo exploratório com usuários de um ambulatório de infectologia. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 928-39, dez. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **A Matriz de ação para a iniciativa tratamento 2.0**: catalisando a próxima fase de tratamento, atenção e apoio. Org. UNAIDS: 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Um manual global para profissionais e serviços de saúde**: orientações baseadas em evidência científica. Genebra; 2007, 374 p.

PACHECO, F. L.C. **Modelo de avaliação da organização dos serviços na perspectiva da integralidade**. 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde coletiva) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

PAIVA, V. et al. A sexualidade de adolescentes vivendo com HIV: direitos e desafios para o cuidado. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 10, p. 4199-210, out. 2011.

PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. **Psicologia e soc.**, v. 23, n. 1, p. 154-62, 2011.

PENDER, N. J.; MURDAUGH, C. L.; PARSONS, M. A. **Health promotion in nursing practice**. 4. Ed. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 2011.

PEREIRA, B. S. et al. Enfrentamento da feminização da epidemia da aids. **FG Ciência**, Guanambi, v. 1, n.1, p. 1-18, jan./jul. 2011.

PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS (UNAIDS). **Considerações éticas em ensaios biomédicos de prevenção do HIV/VIH**. Agosto, 2010. Disponível em:

<<http://www.unaids.org.br/biblioteca/Considera%E7%F5es%20%E9ticas%20em%20ensaios%20biom%E9dicos%20de%20preven%E7%E3o%20HIV%20UNAIDS.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2015.

PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS (UNAIDS).

Diretrizes de Terminologia do UNAIDS/ONUSIDA. Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://www.unaids.org.br/biblioteca/Terminologia%20AIDS%20Portugu%EA%20Agosto%202011.pdf>>. Acesso em: 16 dez. 2014.

PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS (UNAIDS). **Fast-track: ending the aids epidemic by 2030**. 2014. Disponível em: <

http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2686_WAD2014report_en.pdf?utm_content=buffer1ad86&utm_medium=social&utm_source=twitter.com&utm_campaign=buffer>. Acesso em: 16 dez. 2014.

REGO, S. R. M.; REGO, D. M. S. Associação entre uso de álcool em indivíduos com aids e adesão ao tratamento antirretroviral: uma revisão da literatura. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 1, p. 70-3, 2010.

REIS, R. K. et al. Qualidade de vida, aspectos sociodemográficos e de sexualidade de pessoas vivendo com HIV/Aids. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis. V. 20, n. 3; 2011.

REIS, R. K.; GIR, E. Vulnerabilidade ao HIV/aids e a prevenção da transmissão sexual entre casais sorodiscordantes. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, set. 2009.

REIS, R. K. R.; NEVES, L. A. S.; GIR, E. O desejo de ter filhos e planejamento familiar entre casais sorodiscordantes ao HIV. **Cienc. cuid. saúde**, v. 12, n. 2, p. 210-18, abr./jun. 2013.

RILEY, T.A. et al. Low-income HIV-infected women and the process of engaging in healthy behavior. **J. Assoc. Nurses AIDS Care**. 19(1):3-15, 2008.

RIOS, E. R. G. et al. Senso comum, ciência e filosofia: elo dos saberes necessários à promoção da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 501-09, abr. 2007.

RIPOLL, R. M. Medicina del estilo de vida: la importancia de considerar todas las causas de La enfermedad. **Rev. Psiquiatr. Salud Ment. (Barc.)**. V. 5, n. 1, p. 48-52, 2012.

RISCADO, J. L. S. Representações sobre sexualidade e Aids de homens jovens com HIV/Aids. 2013. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

RIQUE, J.; SILVA, M. D. P. Estudo da subnotificação dos casos de aids em Alagoas (Brasil), 1999-2005. **Ciênc. saúde coletiva**. V. 16, n. 2; 2011.

RODRIGUES, A. R. As relações afetivas entre dulce e agenor: um amor romântico e os casos de rapto na cidade do Salvador. **Cad. esp. feminino**, Uberlândia, v. 26, n. 1, p. 223-41, jan../jun. 2013.

SANTOS, A. T. O. et al. Novos avanços relacionados ao HIV/aids. **Rev. Enferm. Contemporânea**, Salvador, vol. 1, n. 1, p. 80-102, dez. 2012.

SANTOS, D. S. S. et al. Processo saúde/doença e estratégia de saúde da família: o olhar do usuário. **Rev. lat-amer. enf.** São Paulo, v. 22, n. 6, p. 918-25, nov./dez. 2014.

SANTOS, S. F. F. dos; BISPO JÚNIOR, J. P. Desejo de maternidade entre mulheres com HIV/aids. **Rev. baiana de saúde pública**., v. 34, n.2, p. 299-310, abr./jun. 2010.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE ALAGOAS. **Boletim epidemiológico: DST/aids e hepatites virais**. Edição Anual, ano III, nº 1; 2013.

SERPA, M. G. Perspectivas sobre papéis de gênero masculino e feminino: um relato de experiência com mães de meninas vitimizadas. **Psicol. soc.**, Florianópolis, v. 22, n. 1, abr. 2010.

SHAH, M. et al. The role of diet, exercise and smoking in dyslipidaemia in HIV-infected patients with lipodystrophy. **HIV Med**. Vol. 6, p. 291-98, 2005.

SEGATTO, A. F. M. et al. Lipodystrophy in HIV/AIDS patients with different levels of physical activity while on antiretroviral therapy. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** V. 44, n. 4, p. 420-24, 2011.

SILVA, A. C. S.; SANTOS, I. dos. Promoção do autocuidado de idosos para o envelhecer saudável: aplicação da teoria de Nola Pender. **Texto contexto - enferm.** V. 19, n. 4, Dec. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jul. 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.** V. 95, n. 1, p. 1-51, 2010.

SOUTO, B. G. A. et al. O sexo e a sexualidade em portadores do Vírus da Imunodeficiência Humana. *Rev. Bras. Clin. Med.*, vol. 7, p. 188-91, 2009.

STEFANI, M. M. A. et al. Entendendo como o HIV infecta células humanas: quimiocinas e seus receptores. **Revista de patol. tropical**, vol. 27, n. 1, p. 1-10, jun. 1998.

STILLWELL, S. B. et al. Searching for the evidence: strategies to help you conduct a successful search. **AJN.** Vol. 110, n. 5, May. 2010.

TENÓRIO, L. M. C. et al. Representações sociais de mulheres soropositivas para o HIV acerca da sexualidade. **Rev. enferm. UFPE on line.**, Recife, vol. 9, n. 2, p. 633-42, fev. 2015.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas; 1987.

TSIODRAS, S. et al. Adherence to mediterranean diet is favorably associated with metabolic parameters in HIV-positive patients with the highly active antiretroviral therapy-induced metabolic syndrome and lipodystrophy. **J. metabol.** Vol. 58, p. 854-59, 2009.

VAN DER SAND, I. C. P. et al. Produção do conhecimento em enfermagem à luz dos campos sociais e do espaço quadripolar da pesquisa: um exercício reflexivo. **Texto contexto enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 4, dez. 2013.

VICTOR, J. F.; LOPES, M. V. O.; XIMENES, L. B. Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. **Acta Paul. Enferm.** Vol. 18, n. 3, p. 235-40, 2005.

VIDAL, E. C. F. **Reprodução e sexualidade de pessoas que (con)vivem com HIV/aids: uma abordagem humanística.** 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

WOOTEN, J. S. et al. Intensive life style modification reduces Lp-PLA2 in dyslipidemic HIV/HAART patients. **Med. Sci. Sports Exerc.**, p. 1043-50, 2013.

APÊNCICE A – Guia de entrevista semiestruturada (Baseada no MPS – Pender, 2011)

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Iniciais do nome:

Idade:

Sexo: () F () M

CARACTERÍSTICAS E EXPERIÊNCIAS INDIVIDUAIS

Estado civil/união:

() casado(a) () viúvo(a) () solteiro(a) () divorciado(a) () união estável

Escolaridade:

() analfabeto(a) () 1º grau incompleto () 1º grau completo () 2º grau incompleto () 2º grau completo () superior incompleto () superior completo () pós-graduação incompleta () pós-graduação completa

Ocupação:

Religião:

Reside com quantas pessoas?

Como está se sentindo hoje?

Comorbidades atuais: () HAS () DM () Hepatite viral () TB () Outras _____ () Não possui

Cirurgias ou internações anteriores: () não () sim _____

Data do diagnóstico HIV+:

Modo de infecção declarado:

Uso de TARV:

() sim _____

() não

Outras medicações: _____

Últimos exames:

LT CD4: _____ (data: _____)

LT CD8: _____ (data: _____)

Carga viral: _____ (data: _____)

AValiação da PVHA: Comportamentos Específicos

1 Indague ao(à) participante se ele(a) sabe o porquê, recentemente, vem fazendo consultas e tomando remédios (se for o caso) todos os dias.

1.1 Caso responda que está com a infecção pelo HIV, passe para pergunta 2.

1.2 Caso responda algo diferente, lembre o que foi dialogado durante a primeira consulta com a enfermeira do serviço e explique o motivo, ou seja, que foi diagnosticado com infecção por HIV e passe para pergunta 2.

2 Indague se ele(a) lembra o que foi informado sobre a infecção pelo HIV.

2.1 Caso responda sim, passe para pergunta 3.

2.2 Caso responda não, explique que é uma doença causada por um vírus que penetra no corpo das pessoas principalmente através do contato com sangue contaminado e pelo sexo desprotegido (sem o uso do preservativo), que é descoberta quando é realizado o exame de sangue específico (mesmo sem ela estar sentindo nada), mas que a pessoa também pode chegar a ter coisas mais sérias, o que leva à aids, caso não seja descoberta e tratada. Perguntar nesse momento se o participante lembrou-se da conversa que teve com a enfermeira do serviço sobre essa doença. Caso diga que sim, passe para a pergunta 3. Caso diga não, passe para pergunta 4.

3 E o que lhe disseram sobre ela?

3.1 Caso demonstre conhecimento correto sobre o que ouviu falar em relação à doença, passe para a pergunta 4.

3.2 Caso diga aspectos que não são claros em relação à doença, dê a mesma explicação contida no item 2.2.

4 Agora que o(a) participante parece ter uma ideia mais clara do que se trata a infecção pelo HIV, pergunte se conhece alguém da sua família ou outras pessoas que tem a doença.

4.1 Caso cite pessoas do convívio social, indague se já prestou atenção ao que eles fazem para cuidar de si e controlar a infecção e passe para a pergunta 5.

4.2 Caso responda que não conhece ninguém, passe para a pergunta 5.

5 Esclareça ao(à) participante que, para controlar a infecção pelo HIV e evitar o enfraquecimento da imunidade (responsável pela proteção do corpo contra doenças oportunistas), além de comparecer às consultas médicas, de enfermagem e de outros profissionais do serviço, como nutricionista e psicólogo, e tomar certinho os remédios (se for o seu caso), é necessário alguns cuidados que se deve ter em relação ao seu **estilo de vida**. Esses cuidados também são importantes para prevenir possíveis efeitos adversos dos medicamentos, já que esse são utilizados diariamente e a longo prazo. **Então, indague se ele sabe que outros cuidados são esses que ele deve fazer/ter**. Respondendo positivamente ou não, passe para a pergunta 6.

6 Faça as perguntas abaixo relacionadas ao **Componente Saúde Sexual**.

9.1 Conte-me como era o seu comportamento sexual antes do diagnóstico e como este comportamento se dá no momento atual.

9.2 O que você sente em relação a essa prática que acabou de descrever? Acha adequada para o cuidado com a sua saúde?

Solicite ao(à) participante que responda às perguntas baseadas no MPS.

PERGUNTAS BASEADAS NO MPS

- Por que você acha que esse seu comportamento (citar o componente a que se refere) pode prejudicar na sua saúde?
- Você acha que pode mudar esse seu comportamento (numa escala de zero a dez)? Se sim, de que maneira?
- O que você acha que lhe ajudaria a mudar esse comportamento? E o que te atrapalharia?
- Você acha que pessoas à sua volta (família, companheiro(a)) ou o ambiente em que você vive lhe influencia em relação a esse comportamento? Por quê?

ANEXO A – Folha de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

Maceió – AL, 18/09/2013

Senhor (a) Pesquisador (a), Géssyca Cavalcante de Melo
Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), em 17/09/2013 e com base no parecer emitido pelo (a) relator (a) do processo nº 17668013.5.0000.5013 sob o título **Estilo de vida da pessoa recém-diagnosticada com HIV: contribuições para a promoção de comportamentos saudáveis no decorrer do seu processo saúde-doença**, vem por meio deste instrumento comunicar a aprovação do processo supra citado, com base no item no artigo x, parágrafo x. 2, alínea 5.a, da Resolução nº 466/12.

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 466/12, item V.3).

É papel do (a) pesquisador(a) assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e sua justificativa. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o (a) pesquisador (a) ou patrocinador (a) deve enviá-los à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem incluídas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item IV. 2.e).

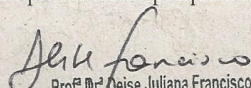
Relatórios parciais e finais devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos no Cronograma do Protocolo e na Res. CNS 466/12.

Na eventualidade de esclarecimentos adicionais, este Comitê coloca-se a disposição dos interessados para o acompanhamento da pesquisa em seus dilemas éticos e exigências contidas nas Resoluções supra - referidas.

Esta aprovação não é válida para subprojetos oriundos do protocolo de pesquisa acima referido.

(*) Áreas temáticas especiais

Válido até: setembro de 2014


Profª Drª Deise Juliana Francisco
Coordenadora do Comitê de
Ética em Pesquisa -UFAL

ANEXO B – Autorização institucional**PREFEITURA DE
MACEIÓ**

SAÚDE

**ESTADO DE ALAGOAS
PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GABINETE DA SECRETARIA DE SAÚDE****ANUÊNCIA**

Maceió, 18 de Julho de 2014

Eu, Eugênio Leite Costa Melo, Secretário Adjunto de Saúde de Maceió, tenho ciência e autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada "Estilo de vida da pessoa recém-diagnosticada com HIV: contribuições para a promoção de comportamentos saudáveis no decorrer do seu processo saúde-doença", sob responsabilidade da pesquisadora Géssyca Cavalcante de Melo, junto a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas (FAPEAL) da Universidade Federal de Alagoas.

A coleta de informações ocorrerá no Serviço de Assistência Especializada do PAM Salgadinho (Bloco I), vinculado a Secretaria Municipal de Saúde de Maceió.

A referida pesquisa contará com acompanhamento das respectivas Coordenações desta Secretaria envolvida. A pesquisadora deve apresentar os resultados e discussões obtidas ao término do trabalho.

Respeitosamente,



Eugênio Leite Costa Melo
Secretário Adjunto Municipal de Saúde de Maceió

ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dirigido às PVHA*

“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa” (Resolução. Nº 196/96-IV, do Conselho Nacional de Saúde).

Eu,, tendo sido convidado(a) a participar como voluntário(a) do estudo “*Estilo de vida da pessoa recém-diagnosticada com HIV: um estudo segundo o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender*”, recebi de Géssyca Cavalcante de Melo e Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza, responsáveis por sua execução, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

- . Que o estudo se destina a pesquisar o modo de viver da pessoa recém-diagnosticada com HIV, como é o meu caso. Isso porque outras pesquisas já mostraram que o modo da pessoa viver tem forte influência na qualidade de vida e no aparecimento de doenças oportunistas.
- . Que a importância deste estudo é a de trazer informações que possam ampliar o cuidado prestado às pessoas que vivem com HIV, visando sua qualidade de vida.
- . Que os resultados que se desejam alcançar são os seguintes: estudar o modo de viver das pessoas com HIV e os motivos que podem aumentar ou diminuir a prática de comportamentos saudáveis, no sentido de construir um plano conjunto com o indivíduo com base nos comportamentos que a mesma se predispõe a adotar. Com isso, pretende-se trabalhar outras pessoas que sejam diagnosticadas, tentando prevenir o aparecimento de doenças oportunistas ou outras complicações relacionadas.
- . Que a parte da coleta de informações do estudo, da qual eu participarei, está prevista para iniciar em julho de 2014 e finalizar até setembro de 2014. No entanto, só participarei o tempo suficiente para responder a entrevista que me será feita, podendo ser em dois ou três encontros, conforme for combinado .
- . Que o estudo será feito da seguinte maneira: partindo das outras pesquisas que mostraram que o modo de viver da pessoa conta muito no aparecimento de suas doenças, a pesquisadora responsável me fará perguntas sobre a forma como eu vivo, como por exemplo, o modo de como eu durmo, como me alimento, se realizo exercícios físicos, meu relacionamento com as pessoas em casa e no trabalho, entre outras coisas. Em seguida, unirão o que eu disser com o caso de outras pessoas e vão verificar quais fatores do estilo de vida da pessoa podem ser abordados para que ela mantenha comportamentos saudáveis durante o seu processo de adoecimento.
- . Que eu participarei das seguintes etapas: Vou ser entrevistado(a); neste momento, a pesquisadora vai gravar meus comentários em um aparelho chamado MP4. Depois, ela vai passar a gravação para o papel e eu vou dizer se coincide ou não com o que eu falei. Se estiver tudo certo, eu autorizo o uso das minhas informações para esta pesquisa.

- . Que não se conhece outro meio de alcançar os mesmos resultados desse estudo que não seja através do que será dito por mim.
- . Que os incômodos que poderei sentir com a minha participação são os seguintes: ao refletir sobre minha condição de saúde, poderei me emocionar.
- . Que os possíveis riscos à minha saúde física e mental são: posso me sentir cansado(a), posso chorar ou até ficar irritado(a).
- . Que deverei contar com a seguinte assistência: a pesquisadora estará comigo o tempo todo durante a entrevista. Irá me ouvir com paciência e, se eu chorar ou ficar irritado(a), ela irá parar a entrevista, respeitar o meu momento e, se for necessário, irá marcar outro encontro, me oferecendo o tempo que eu precisar. Se nós acharmos necessário, vamos interromper a conversa pelo tempo que for necessário para que eu me acalme e queira continuar. Meu contato será apenas com as pesquisadoras responsáveis, Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza e Géssyca Cavalcante de Melo.
- . Que os benefícios que deverei esperar com a minha participação, mesmo que não diretamente, são: contribuir com o cuidado e assistência prestada às pessoas que vivem com HIV.
- . Que a minha participação será acompanhada do seguinte modo: após eu ter aceitado o convite, a pesquisadora responsável marcará o dia e local do encontro comigo conforme a minha escolha e disponibilidade, que poderá ser mais de uma vez, caso eu me canse, ou conforme combinemos como sendo o melhor para nós. Caso sinta qualquer incômodo, a pesquisadora providenciará os meios necessários para que eu possa voltar ao meu equilíbrio.
- . Que sempre que eu desejar serão fornecidos esclarecimentos sobre qualquer etapa da pesquisa.
- . Que a qualquer momento, eu poderei recusar a continuar participando da pesquisa e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga prejuízo.
- . Que as informações conseguidas através da minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto às responsáveis pela pesquisa, e que a divulgação das informações só será feita entre os(as) profissionais estudiosos(as) do assunto. Os resultados, positivos ou não, serão publicados em revistas científicas.
- . Que eu nada pagarei e nada receberei para participar desta pesquisa, sendo uma ação voluntária e de ajuda à pesquisadora e aos pacientes com HIV.

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação na mencionada pesquisa e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dela participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE EU TENHA SIDO FORÇADO(A) OU OBRIGADO(A).

Contato de urgência: Géssyca Cavalcante de Melo

Contato: (82)9659-2740

Endereço da responsável pela pesquisa (OBRIGATÓRIO):

Instituição: Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas
(ESENFAR/UFAL)

Endereço: Av. Lourival Melo Mota

Nº: /Complemento: s/n

Bairro: /CEP/Cidade: Cidade Universitária/ CEP: 57072-900 /Maceió

Telefones p/contato: (82) 3214-1154

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas:

Prédio da Reitoria, sala do C.O.C. , Campus A. C. Simões, Cidade Universitária

Telefone: (82) 3214-1041

Maceió,

| |
|--|
| |
| Assinatura ou impressão datiloscópica do(a) voluntári(o,a) - Rubricar as demais folhas |
| |
| Nome e Assinatura das responsáveis pelo estudo (Rubricar as demais páginas) |

* Modelo utilizado pelo Comitê de Ética da UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS