

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**KAREN DA SILVA CALVO**

**CONTEXTOS DE OCORRÊNCIA DE DISCRIMINAÇÃO ENTRE MULHERES  
VIVENDO COM HIV EM PORTO ALEGRE**

**PORTO ALEGRE**

**2018**

**KAREN DA SILVA CALVO**

**CONTEXTOS DE OCORRÊNCIA DE DISCRIMINAÇÃO ENTRE MULHERES  
VIVENDO COM HIV EM PORTO ALEGRE**

Trabalho de Conclusão de Curso II apresentado como requisito parcial para a obtenção de título de Bacharel em Enfermagem, pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Luciana Barcellos Teixeira

**PORTO ALEGRE**

**2018**

*Uma chave importante para o sucesso é a autoconfiança. Uma chave importante para a autoconfiança é a preparação.*

*(Autor desconhecido).*

## **BANCA EXAMINADORA**

**Daila Alena Raenck da Silva\***

**Daniel Umpierre de Moraes\*\***

\*Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Gerente da Gerência Distrital Centro de Porto Alegre e Coordenadora do Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids de Porto Alegre

\*\*Profissional de educação física. Doutor em Ciências da Saúde (Cardiologia e Ciências Cardiovasculares). Docente no Bacharelado em Saúde Coletiva em áreas de pesquisa, epidemiologia e bioestatística. Professor permanente do Programa de Pós-Graduação em Cardiologia (UFRGS), Programa Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UFRGS), e Professor colaborador do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia (UFPEl).

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a todos os professores e profissionais de saúde que contribuíram para a minha formação como enfermeira, em especial a minha orientadora Luciana Barcellos Teixeira que me incentivou e me ensinou a ver as diversas áreas de atuação da enfermagem além da assistencial. Sou eternamente grata por todas as oportunidades que a mesma me deu de evoluir como acadêmica e pesquisadora, por ela ter explorado em mim um potencial que nem eu mesma sabia que tinha. Grata pela dedicação, carinho e parceria para a realização deste trabalho.

Agradeço a minha colega e amiga, enfermeira Évelin Maria Brand por ter me dado suporte na produção deste trabalho e ao longo da jornada acadêmica, pelos ensinamentos e por ser o meu exemplo enquanto colega de bolsa de iniciação científica e agora como enfermeira.

Sou imensamente grata a minha família, em especial aos meus pais e irmão pelo apoio incondicional ao longo de toda esta trajetória, desde o preparo para o vestibular até o último dia da graduação. Vocês foram e são essenciais na minha jornada, é graças ao incentivo de vocês que hoje concluo uma das etapas mais importantes da minha vida. Uma conquista que eu dedico a vocês!

Agradeço a Deus por colocar pessoas tão incríveis no meu caminho que fizeram a diferença na minha caminhada até a realização deste sonho. Acredito que nada nesta vida se faz sozinho o apoio, o carinho, a paciência e a dedicação do tempo de cada um foram fundamentais para que mais um degrau dos meus sonhos fosse alcançado. A todos meu profundo respeito e eterna gratidão!

## APRESENTAÇÃO

Este trabalho é resultado de uma parceria com a professora doutora Luciana Barcellos Teixeira, que iniciou no segundo semestre do ano de 2015, quando fui selecionada para uma vaga como bolsista de iniciação científica (IC). Durante estes 3 anos de trabalho como bolsista de IC participei de projetos de pesquisa nas temáticas atenção básica e doenças transmissíveis. Pela aproximação de trabalho com a professora, essa trajetória também me possibilitou conhecer diferentes alunos de mestrado e seus trabalhos, em temáticas como vulnerabilidades em saúde, saúde da mulher, saúde sexual e reprodutiva. Algumas vezes me voluntariei para colaborar com os mestrandos nas diferentes etapas de pesquisa em que se encontravam. Foi a partir desta caminhada que surgiu o meu interesse pelo mundo pesquisa. Fruto desta parceria, temos artigos já publicados e outros em andamento.

Dentre as várias oportunidades que surgiram, considerei oportuna a possibilidade de utilizar dados de um projeto sobre saúde sexual e reprodutiva de mulheres vivendo com HIV para a conclusão de curso. A justificativa para escolha desta temática é a possibilidade de explorar este tema e sua intersecção com discriminação em serviços de saúde, porque como futura enfermeira, tenho lido muito sobre a importância de conhecer estes conceitos e acolher as demandas destas mulheres nos serviços para que possam ter uma vida sexual e reprodutiva adequada, apesar do viver com Aids.

Desta forma, este estudo originou-se de um projeto de maior amplitude intitulado “Saúde sexual e reprodutiva de mulheres no contexto da epidemia HIV/Aids em Porto Alegre” que fez parte da tese de doutorado da professora Luciana, e visa aprofundar justamente a discussão sobre a discriminação nos serviços de saúde na percepção das mulheres vivendo com HIV. É importante ainda destacar que este projeto foi desenvolvido com metodologia quantitativa e qualitativa, o que me oportunizou o processo de aprendizagem sobre ambas as metodologias. Assim, no trabalho de conclusão de curso também utilizou dados da metodologia mista. Por uma questão organizativa, os resultados quantitativos serão apresentados na seção dos resultados. Já os resultados qualitativos serão apresentados juntamente com a discussão, para melhor estruturação da discussão e da interpretação argumentativa apresentada.

## RESUMO

**Introdução:** A ocorrência de discriminação em serviços de saúde de pessoas vivendo com HIV ocorre desde o surgimento da epidemia. No Brasil, com o processo da feminização, que atinge especialmente mulheres jovens, houve um aumento expressivo de mulheres vivendo com HIV frequentando serviços de saúde, especialmente em função de demandas sexuais e reprodutivas. Neste cenário, os serviços de saúde ocupam papel chave no sentido de promover direitos humanos, sexuais e reprodutivos, além de incentivar os cuidados contínuos frente ao HIV.

**Objetivo:** Compreender os contextos de ocorrência de discriminação em mulheres vivendo com HIV. **Metodologia:** Estudo com abordagem mista – quantitativa e qualitativa, que incluiu mulheres de 18 a 49 anos. O componente quantitativo é um estudo descritivo cujo desfecho é a ocorrência de discriminação e os dados foram analisados no software SPSS. A coleta de dados ocorreu através de instrumento elaborado em meio eletrônico. O componente qualitativo utilizou como técnica a entrevista semiestruturada e os dados foram analisados no software Nvivo.

**Resultados:** Foram incluídas 682 mulheres vivendo com HIV e a ocorrência de discriminação foi de 22,4%. Estas mulheres apresentam baixa escolaridade e renda, 15,1% realizaram sexo comercial, 34% tiveram 10 ou mais parceiros sexuais na vida, 35,3% tiveram quatro ou mais gestações, 56,8% tiveram gestações após o diagnóstico e 55,6% realizaram aborto provocado após o HIV. Entrevistas com 19 mulheres revelaram situações discriminatórias nos atendimentos em serviços de saúde, especialmente relacionada ao diagnóstico e ao atendimento perinatal.

**Considerações finais:** As mulheres que sofrem discriminação possuem contextos sociais e trajetória sexual e reprodutiva marcada por desfechos que apontam um quadro de vulnerabilidade em saúde. Este estudo suscita a hipótese de que eventos sexuais e reprodutivos - como gestações e abortos ocorridos após o HIV - podem estar relacionados com demandas de saúde não atendidas e a ocorrência de discriminação em serviços de saúde. Recomenda-se a continuidade deste estudo e a divulgação dos resultados nos serviços participantes como estratégia de educação permanente interprofissional para a melhoria assistencial visando à integralidade do cuidado às mulheres vivendo com HIV.

**Descritores:** HIV; Vulnerabilidade em Saúde; Saúde e gênero.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>8</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>10</b>
2.1 Objetivo geral .....	10
2.2 Objetivos Específicos .....	10
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>11</b>
3.1 Panorama do surgimento da discriminação .....	11
3.2 A feminização da Aids.....	12
3.3 Discriminação em serviços de saúde .....	13
<b>4 MÉTODO</b> .....	<b>15</b>
4.1 Tipo de estudo .....	15
4.2 População e amostra .....	16
4.3 Locais de realização do estudo.....	17
4.4 Coleta de dados .....	17
4.5 Análise dos dados.....	19
4.6 Aspectos éticos .....	20
<b>5 RESULTADOS</b> .....	<b>21</b>
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	<b>27</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>36</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>37</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>43</b>
ANEXO I: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	43
ANEXO II: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFRGS .....	45
ANEXO III: AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS .....	46



## 1 INTRODUÇÃO

A discriminação é vista como uma espécie de resposta comportamental ao preconceito, que se traduzem em tratamentos injustos e desfavoráveis em relação a grupos sociais específicos, configurando-se uma violência (PARKER, 2012; BAUMGARTEN et al., 2015). O estigma é um termo criado pelos gregos para se referirem a sinais corporais que representavam a desmoralização do indivíduo que os apresentava (GOFFMAN, 2008). Na prática, estes termos são utilizados como sinônimos. Em geral, a literatura internacional utiliza tanto discriminação como estigma, mas a literatura nacional utiliza amplamente o termo discriminação, por entender que este termo traduz melhor a situação desfavorável de pessoas vivendo com HIV. Por esta questão, neste trabalho será utilizado o termo discriminação.

Historicamente, a epidemia da Aids é caracterizada por discriminação, pois desde os primórdios de sua descoberta, há uma construção cultural de depreciação seguida de exclusão social dos indivíduos e grupos que foram acometidos. Perpetua-se ao longo dos anos a ideia de que a contaminação pelo HIV está associada com práticas e comportamentos considerados “ilegítimos” pela sociedade, como a homossexualidade, o uso de drogas e a prostituição. Esta associação entre a doença e estes comportamentos relacionados a questões sexuais e uso de drogas caracteriza um perfil específico considerado como comportamentos “desviantes” da sociedade, e é assim que se constituiu o que autores chamam de representação social da Aids (NATIVIDADE; CAMARGO, 2011) que contribuiu para a ocorrência de discriminação.

A epidemia da Aids vem se modificando no Brasil e no mundo ao longo dos anos, predominando nos segmentos da sociedade com menor poder aquisitivo e socialmente marginalizados (CAJADO, 2016). Atualmente no mundo, semanalmente, cerca de 7.000 mulheres entre 15 e 24 anos são infectadas pelo HIV (UNAIDS, 2018b). O aumento da incidência em mulheres e elevação do número de casos por transmissão heterossexual, assim como maior acometimento da população menos favorecida socioeconomicamente, caracteriza dois fenômenos desta epidemia, a feminização e pauperização da Aids, respectivamente (TAQUETTE; RODRIGUES; BORTOLOTTI, 2015). O fenômeno da feminização da Aids aponta que muitas mulheres encontram-se em situação de vulnerabilidade social, neste sentido, há evidências na literatura de que situações de discriminação e

violência em geral podem incidir de forma mais significativa justamente sobre os grupos mais vulneráveis (CARVALHO; PAES, 2011; BAUMGARTEN et al., 2015; VILLELA; MONTEIRO, 2015). Mais de um terço (35%) das mulheres em todo o mundo sofreram violência física e/ou sexual em algum momento de suas vidas. Em algumas regiões, as mulheres que sofrem violência são 1,5 mais suscetíveis a se infectarem pelo HIV (UNAIDS, 2018b). A sobreposição da discriminação com a situação clínica de uma doença que até o momento não tem cura, é uma das mais significativas formas de violência e violação dos direitos humanos no Brasil, e contribuem na disseminação de imagens estereotipadas e discriminatórias das mulheres (TEIXEIRA, 2012). A desigualdade de gênero e a discriminação prejudicam o progresso na resposta ao HIV/Aids, privam as mulheres de direitos básicos e reduzem sua capacidade de prevenir o HIV e acessar os serviços de que necessitam (UNAIDS, 2018a).

A discriminação representa uma barreira para o acesso universal à prevenção, tratamento, cuidados e apoio ao HIV. Além disso, há muitos efeitos sociais e psicológicos nas pessoas que vivem com HIV/Aids que resultam em isolamento do convívio social com a família, amigos e colegas, baixa autoestima, e comprometimento do tratamento (ODIMEGWU et al., 2018). A experiência da discriminação relacionada ao HIV tem sido associada à diminuição do teste de HIV, uso de preservativo, captação para a profilaxia pré-exposição (PREP), adesão à medicação e continuidade do tratamento, que são todos componentes essenciais do processo de cuidado e enfrentamento do HIV (GETER; HERRON; SUTTON, 2018 (MONTEIRO; VILLELA; KNAUTH, 2012; ANDRADE; IRIART, 2015, UNAIDS, 2017) dentro de um cenário como Porto Alegre.

Alguns estudos têm proposto estratégias para avaliar o impacto de intervenções para a redução da discriminação (SILVA; AYRES, 2009; ZUCCHI et al, 2010; ZUCCHI; PAIVA; FRANÇA JUNIOR, 2013, STANGL; GROSSMAN, 2013), tendo em vista a necessidade de acolher as demandas das mulheres vivendo com HIV nos serviços de saúde, justamente pelos contextos de vulnerabilidade em que se encontram, especialmente relacionada aos relacionamentos afetivos e sexuais, que impactarão negativamente sobre a saúde sexual e reprodutiva destas mulheres. A necessidade de estudar discriminação com a finalidade de combatê-la é consenso na literatura, daí a justificativa para a realização deste trabalho.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo geral

Compreender os contextos de ocorrência de discriminação em mulheres vivendo com HIV.

### 2.2 Objetivos Específicos

1. Descrever a frequência de mulheres vivendo com HIV que se sentem discriminadas em serviços de saúde.
2. Descrever o perfil sociodemográfico das mulheres vivendo com HIV conforme a ocorrência de discriminação.
3. Descrever o comportamento de vulnerabilidade sexual das mulheres vivendo com HIV conforme a ocorrência de discriminação.
4. Descrever o perfil reprodutivo das mulheres vivendo com HIV conforme a ocorrência de discriminação.
5. Explorar situações discriminatórias ocorridas entre mulheres vivendo com HIV.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 Panorama do surgimento da discriminação

A discriminação ou estigmatização de um indivíduo ou grupo por qualquer motivo constitui em violações da dignidade humana, dos direitos humanos e das liberdades fundamentais. A discriminação consiste em todas as formas de exclusão, seja por ação ou omissão, baseada em atributos estigmatizantes (GARRAFA; GODOI; SOARES, 2012).

A história de discriminação de pessoas vivendo com HIV se inicia com o primeiro caso de Aids publicado em 1981 nos Estados Unidos. Naquela época, foram descritas aparições de pessoas diagnosticadas com pneumocistose em Los Angeles e incomuns casos de sarcoma de Kaposi nas cidades de Nova Iorque e Califórnia. As pessoas acometidas por estas doenças, coincidentemente, eram homens homossexuais, o que gerou um estigma de que se presumia que todo o indivíduo com HIV era homossexual. Esse estigma foi confrontado em 1982, quando novos casos de Aids foram relatados e além de homossexuais, outras pessoas eram infectadas como, profissionais do sexo, usuários de drogas intravenosas e mulheres que eram parceiras de homens que tinham a síndrome (BERMÚDEZ-ROMÁN et al., 2015). Desde então, a Aids é associada a grupos populacionais específicos (homens que fazem sexo com homens, usuários de drogas e trabalhadoras do sexo), e marginalizados, ou seja, aqueles que estavam a margem da sociedade, gerando estigma e discriminação por parte da sociedade (GARCIA; KOYAMA, 2008; RIBEIRO, 1999; MONTEIRO, 2002). A Aids era vista como morte, punição pelo comportamento imoral, e como uma doença do outro. Parker e Camargo Jr. (2000) indicam que desde o início da epidemia houve a incitação destas representações em torno da doença capazes de reforçar e legitimar a estigmatização da mesma.

Segundo Mann (1987), o estigma e a discriminação caracterizam a terceira fase da epidemia da Aids, que se constitui da reação e da resposta socioeconômica e cultural frente à infecção do vírus e da doença. Devido à ansiedade e o medo fazerem com que alguns culpem os outros, a Aids revelou os preconceitos vagamente disfarçados sobre raça, religião, classes sociais, sexo e nacionalidade.

Os temores irracionais e a ignorância sobre a transmissão e infecção pelo HIV, as atitudes e julgamentos negativos para pessoas vivendo com HIV persistem

apesar de décadas de campanhas de informação pública e outros esforços de conscientização. O estigma em relação a pessoas que vivem ou correm o risco de HIV desencadeia atos de discriminação em todos os setores da sociedade (UNAIDS, 2017). E devido a características específicas e questões morais envolvidas há desafios para o campo do conhecimento e da intervenção, o que exige respostas rápidas e adequadas de impacto efetivo no desenvolvimento de estratégias de combate ao estigma, discriminação e suas consequências (GARCIA; KOYAMA, 2008).

### 3.2 A feminização da Aids

O cenário da epidemia de HIV/Aids vem se modificando com o passar dos anos no Brasil e no mundo, refletindo em alterações do perfil epidemiológico das pessoas vivendo com HIV/Aids. Inicialmente, os homens representavam a maioria dos casos, e os coeficientes de incidência no sexo masculino eram, expressivamente, maiores do que no sexo feminino. No entanto, embora a notificação de casos de Aids no Brasil tenha uma maior representatividade dos indivíduos do sexo masculino, a velocidade de crescimento da epidemia é, assim como em outros países, maior entre as mulheres do que entre os homens (SANTOS et al., 2009; PINTO et al., 2015). No período de 2007 a junho de 2017 foram notificados casos de HIV no SINAN, segundo sexo. Nesse período, foi notificado um total de 131.969 (67,9%) casos em homens e 62.198 (32,1%) casos em mulheres. A razão entre sexos (Homens:Mulheres) para o ano de 2016, desconsiderando casos de HIV em gestantes, foi de 2,5 (BRASIL, 2017). O crescimento da epidemia nos grupos populacionais menos privilegiados economicamente, como em cidades do interior, e em mulheres devido à vulnerabilidade de gênero, configuram dois fenômenos da epidemia, respectivamente, a pauperização e a feminização da Aids (PORTO; SILVA; VARGENS, 2014).

A feminização da epidemia possui fatores socioculturais que proporcionam uma situação de vulnerabilidade à infecção pelo HIV. O acesso limitado a recursos econômicos, levando a dependência financeira do parceiro, faz com que as mulheres não acreditem que possuam status igual em decisões sobre sexo e sexualidade. Isto reflete na falta de controle de suas relações sexuais e comportamento a este respeito deixa as mulheres vulneráveis à infecção pelo HIV.

Além disso, a violência baseada no gênero, como abusos dentro e fora do casamento, aumenta a susceptibilidade feminina à infecção pelo HIV, especialmente nos casos em que o marido tem relações extraconjugais. A predominância de estereótipos que culpam as mulheres pela disseminação do HIV/Aids estende o problema, acentuando o estigma associado às mulheres falando sobre a infecção e sua capacidade de negociar sexo seguro (HARMAN, 2011).

### 3.3 Discriminação em serviços de saúde

A discriminação nos serviços de saúde mobilizou nos últimos tempos, mundialmente, diversos atores sociais. No Brasil, comportamentos discriminatórios perante aos usuários dos serviços de saúde, públicos e privados, ocorrem com frequência. Esta situação contrapõe a ideia de que os serviços de saúde tem o papel de defender os direitos humanos e reduzir iniquidades em saúde, visando à equidade (BASTOS; GARCIA, 2015).

Segundo Goffman (1981), a sociedade possui meios para categorizar as pessoas e atributos comuns e naturais para os membros dessas categorias. Quando um indivíduo apresenta atributos diferentes daqueles que foram pré-estabelecidos pela sociedade, o indivíduo deixa de ser comum e passa a ser considerado inferior aos demais. Isto constitui o estigma, um descrédito aos “desviantes” das características aceitas pela sociedade (GOFFMAN, 2008). A associação histórica do HIV/Aids com o estigma e a discriminação das pessoas infectadas pelo vírus, sobrepondo à discriminação de gênero na sociedade reflete no modo de como a mulher é afetada mais negativamente pelo HIV (OIT, 2010). Resultando, desta forma, na redução do acesso aos serviços e no cuidado em saúde.

Em relação à saúde das mulheres, as questões de gênero são pautadas em prática sexual e reprodução, uma vez que a maternidade torna-se, culturalmente, um desejo de todas e prioridade perante as demais alternativas de realização pessoal. Isto implica em estigmatização e discriminação das mulheres que exercem a sexualidade como um trabalho remunerado, que recusam a gravidez, que provocam aborto, ou que desejam engravidar, mas este é ameaçado pela condição sorológica, que na maioria das vezes, é um problema apenas na percepção dos profissionais de saúde. Estes comportamentos “desviantes” relacionados à Aids repercutem no acesso à saúde destas mulheres (VILLELA; MONTEIRO, 2015; OLIVEIRA; FRANÇA

JÚNIOR, 2003). Diante desta situação, as escolhas reprodutivas se tornam um dilema para as mulheres vivendo com HIV.

Na perspectiva dos profissionais de saúde, o foco principal de uma consulta ou aconselhamento em saúde é o controle clínico e epidemiológico da doença, visando cumprir a responsabilidade social de controle epidêmico da Aids, através de métodos de prevenção da transmissão, como o uso de preservativos. E isto acaba anulando outras questões, de cunho mais social, ligadas ao viver com HIV/Aids da avaliação dos profissionais (OLIVEIRA; FRANÇA JÚNIOR, 2003). Aspectos do discurso biomédico devem ser revistas, uma vez que o modo de como o profissional de saúde aborda uma mulher vivendo com HIV/Aids pode revelar o desconforto que a epidemia repercute neste discurso com situações polêmicas, como o direito à reprodução, que está impregnada de tabus para quais estes profissionais, muitas vezes, não estão preparados para discutir (ALMEIDA; LABRONICI, 2007). E, sabendo-se que a maioria dessas mulheres está em idade fértil e que o desejo de ter filhos é algo culturalmente cultivado, faz-se fundamental uma reestruturação de serviços e preparo dos profissionais para o aconselhamento sobre anticoncepção e planejamento familiar (SANTOS et al., 2002; OLIVEIRA; FRANÇA JÚNIOR, 2003).

## 4 MÉTODO

Este estudo é oriundo de uma pesquisa de maior amplitude, intitulada “Saúde sexual e reprodutiva das mulheres no contexto da epidemia do HIV/Aids em Porto Alegre”, que foi desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia.

### 4.1 Tipo de estudo

O projeto original é um estudo com metodologia mista – quantitativa e qualitativa. O componente quantitativo foi delineado como um estudo transversal. Este tipo de estudo fornece uma descrição instantânea na experiência do processo saúde/doença, permitindo testar relações entre variáveis preditoras e variáveis de desfecho (SANTANA; CUNHA, 2014). O projeto é composto por dois grupos de mulheres, sendo (1) um grupo formado por usuárias da rede pública de saúde sem diagnóstico conhecido de HIV, e (2) um grupo formado por mulheres vivendo com HIV e que eram atendidas em serviços especializados.

A partir dos dados quantitativos, organizou-se o componente qualitativo da pesquisa, para investigar em profundidade questões recorrentes entre as mulheres vivendo com HIV/Aids, que foram identificadas no componente quantitativo. Como a pesquisa qualitativa baseia-se num processo indutivo (SAMPLIERI; COLLADO; LÚCIO, 2013), utilizou-se o método para contemplar a análise do fenômeno estudado, que neste trabalho foi a discriminação.

Para esta pesquisa de trabalho de conclusão de curso, serão utilizados dados somente o grupo de mulheres vivendo com HIV e de ambos os componentes – quantitativo e qualitativo. Neste caso, os dados do componente quantitativo são apresentados como um estudo descritivo.

A variável de desfecho é a ocorrência de discriminação em serviço de saúde, e as variáveis relacionadas são aquelas que podem contextualizar este fenômeno e que são apresentadas nas tabelas e por trechos das entrevistas.



## 4.2 População e amostra

### Componente quantitativo

População é um conjunto de pessoas que compartilham características comuns, e amostra é um subconjunto da população (HULLEY; NEWMAN; CUMMINGS, 2015). A amostra foi constituída por mulheres de 18 anos a 49 anos de idade, todas oriundas da rede pública de saúde do município de Porto Alegre. O plano amostral utilizado corresponde a uma amostra estratificada em dois estágios (ou etapas). No grupo das mulheres vivendo com HIV/Aids todos os serviços foram incluídos no primeiro estágio, posteriormente, uma amostra aleatória simples de mulheres foi selecionada em cada serviço, proporcional ao número total de atendimentos.

Dividida em dois grupos, e considerando-se o efeito do delineamento por amostragem complexa (*deff*) igual a 1,6, o cálculo amostral foi definido em 1230 mulheres, sendo 615 incluídas no grupo de mulheres vivendo com HIV, e 615 mulheres no grupo de mulheres sem HIV no estudo original. Para este total, foi acrescido entre 10 a 20% na amostra, considerando possíveis perdas.

Para este trabalho de conclusão de curso foi utilizado dados somente do grupo de mulheres vivendo com HIV através de um estudo descritivo, portanto, a amostra originária dos serviços especializados permite realizar inferências sobre os fenômenos de saúde, representando a população de mulheres vivendo com HIV que são atendidas nos serviços especializados em Porto Alegre.

### Componente qualitativo

No componente qualitativo, o universo amostral correspondeu a todas as mulheres que possuíam pelo menos um dos desfechos negativos - aborto ou violência, estabelecido pelos pesquisadores. Estes desfechos foram escolhidos porque foram muito frequentes nos resultados do componente quantitativo do estudo. Seguindo-se na explanação realizada sobre o enfoque do quantitativo e qualitativo (SAMPIERI; COLLADO; LÚCIO, 2013), a partir da ocorrência dos fenômenos, a entrevista buscou proporcionar o entendimento maior sobre as situações de violência das mulheres, considerando-se os seus contextos.

O componente qualitativo foi desenvolvido com mulheres vivendo com HIV, através da realização de 19 entrevistas, cuja técnica de coleta de dados foi a entrevista semiestruturada.

#### 4.3 Locais de realização do estudo

##### Componente quantitativo

Foram incluídos na pesquisa os serviços de saúde da rede pública da cidade de Porto Alegre que atendem mulheres vivendo com HIV/Aids em ao menos uma das seguintes especialidades: ginecologia/obstetrícia e infectologia. Dessa forma, o trabalho de campo deste estudo ocorreu em sete serviços: SAE (Serviço de Atendimento Especializado) Vila dos Comercários; SAE IAPI; Ambulatório Especializado do Hospital de Clínicas de Porto Alegre; Hospital Fêmeina; Hospital Nossa Senhora da Conceição; Ambulatório de Dermatologia Sanitária; Hospital Sanatório Partenon.

##### Componente qualitativo

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas nos serviços apresentados ou no domicílio de cada mulher, conforme preferência da participante.

#### 4.4 Coleta de dados

##### Componente quantitativo

Foi realizado convite para cada participante do estudo no momento de comparecimento à consulta nos serviços, realizando-se a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO I) e coletando-se o consentimento formal para participação na pesquisa (questionário do estudo).

O questionário do componente quantitativo foi desenvolvido no programa Sphinks Léxica e disponibilizado em meio eletrônico (tablet). A abordagem para participação nesta etapa ocorria em ambiente reservado, com a finalidade de garantir a confidencialidade das informações. Posteriormente, todas as informações foram armazenadas no programa SPSS, para realização do controle de qualidade e análise dos dados.

**Quadro 1:** Variáveis sociodemográficas utilizadas no estudo

<b>Variáveis sociodemográficas</b>	<b>Tipo de variável</b>
Idade	quantitativa
Cor	qualitativa
Religião	qualitativa
Escolaridade	qualitativa
Trabalho	qualitativa
Renda	quantitativa
Relacionamento afetivo	qualitativa

Fonte: a autora

**Quadro 2:** Variáveis de comportamento sexual utilizados no estudo

<b>Variáveis de comportamento sexual</b>	<b>Tipo de variável</b>
Idade da primeira relação	quantitativa
Uso de camisinha na primeira relação	qualitativa
Número de parceiros na vida	quantitativa
Número de parceiros nos últimos 12 meses	quantitativa
Tempo da última relação sexual	quantitativa
Uso de camisinha na última relação sexual	qualitativa
Tipo de parceiro nas relações sexuais	qualitativa
Uso de drogas	qualitativa
Sexo em troca de dinheiro	qualitativa
ISTs nos últimos 12 meses	qualitativa

Fonte: a autora

**Quadro 3:** Variáveis de saúde reprodutiva utilizados no estudo

<b>Variáveis</b>	<b>Tipo de variável</b>
Tem/teve filhos	qualitativa
Número de filhos	quantitativa
Idade da primeira gestação	quantitativa
Número de gestações	quantitativa
Gravidez antes do diagnóstico de HIV	qualitativa
Gravidez após o diagnóstico de HIV	qualitativa
Aborto provocado antes do diagnóstico de HIV	qualitativa
Aborto provocado após o diagnóstico de HIV	qualitativa
Uso de algum método contraceptivo	qualitativa

Fonte: a autora

Ao final da entrevista do componente quantitativo, era explicado para a usuária do serviço que aquela pesquisa possuía uma segunda etapa em que apenas algumas mulheres seriam convidadas a participar, e que esta etapa implicava numa entrevista que seria realizada no seu domicílio ou no serviço de saúde, em

profundidade, e neste momento era questionado e registrado se ela aceitaria participar da segunda etapa do estudo. Este registro foi realizado questionário de cada participante.

#### Componente qualitativo

Nesta etapa, as mulheres foram contatadas por telefone e foi agendado entrevista em domicílio ou no serviço de saúde, conforme data e horário adequado para a participante. As entrevistas em profundidade foram conduzidas por duplas de pesquisadores da equipe do estudo, sendo um pesquisador para condução da entrevista e outro para operacionalizar a gravação e registrar observações adicionais em diário de campo.

As entrevistas e os diários de campo foram transcritos e digitados em Word e transpostos para o programa Nvivo.

#### 4.5 Análise dos dados

##### Componente quantitativo

Os dados quantitativos foram apresentados em estatística descritiva, utilizando-se números absolutos e frequência simples. Os dados foram analisados no software SPSS.

##### Componente qualitativo

Para a análise dos dados qualitativos, foram realizadas leitura e releitura de forma “flutuante” das entrevistas. A releitura consistiu na busca de temas salientes e padrões recorrentes. Posteriormente, a análise de conteúdo possibilitou a construção das categorias empíricas (SAMPIERI; COLLADO; LÚCIO, 2013).

A leitura dos diários de campo permitiu a compreensão do contexto de produção das entrevistas, tendo em vista que a autora deste trabalho não participou da coleta original dos dados. Informações contidas nos diários e nas entrevistas que caracterizam o contexto de vida de cada entrevistada foram sumarizadas num quadro. Os dados foram interpretados à luz do referencial teórico adotado, bem como a partir da análise comparativa com outros estudos semelhantes sobre o tema.

As categorias utilizadas foram (1) a discriminação e as questões reprodutivas, (2) o medo do preconceito e (3) a discriminação relacionada aos serviços de saúde

(com ênfase no preparo ou despreparo dos profissionais dos serviços de saúde frente às demandas/necessidades das mulheres vivendo com HIV). O medo do preconceito foi escolhido como uma categoria de análise para separação das falas porque preconceito está dentro da definição teórica de discriminação. O processo de análise foi construído pela autora do trabalho em parceria com a orientadora, considerando o estudo em profundidade da temática e também a leitura prévia de todos os trabalhos quantitativos e qualitativos que derivaram do projeto maior.

#### 4.6 Aspectos éticos

O presente estudo foi planejado obedecendo às exigências das “Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos”, estando em conformidade com as normativas do Conselho Nacional de Saúde, Resoluções CNS nº 466/2012 e suas complementares; portanto a eticidade da pesquisa implicou em:

- obtenção de TCLE;
- ponderação entre riscos e benefícios (beneficência);
- garantia de que danos previsíveis serão evitados (não maleficência);
- relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa (justiça e equidade).

O projeto de pesquisa que permitiu a utilização de dados para esse trabalho foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, instituição de origem do projeto (ANEXO II), assim como em todos os Comitês de Ética das instituições onde o estudo foi conduzido, em época em que a resolução vigente era a CNS nº 196/1996.

O convite e a obtenção do consentimento para participar da pesquisa foram realizados pelos próprios entrevistadores, nos locais de atendimento (serviços de saúde) pré-selecionados. A obtenção do consentimento a partir da leitura do TCLE deu-se com a autorização do paciente através de assinatura ou identificação por impressão dactiloscópica.

A utilização dos dados originais do estudo para este trabalho de conclusão de curso foi autorizada pela pesquisadora principal do estudo (ANEXO III).

## 5 RESULTADOS

No componente quantitativo, foram incluídas 682 mulheres vivendo com HIV/Aids, destas 153 (22,4%) mulheres já se sentiu discriminada dentro de um serviço de saúde em relação ao vírus HIV. Dentre as mulheres que já se sentiram discriminadas 10 (6,5%) tinham entre 18 até 24 anos, 18 (11,8%) tinham entre 25 até 29 anos, 38 (24,8%) tinham entre 30 até 34 anos, 41 (26,8%) tinham entre 35 e 39 anos, 26 (17%) tinham entre 40 até 44 anos e 20 (13,1%) tinham entre 45 até 49 anos. Em relação à escolaridade destas mulheres 61 (39,9%) possuíam até o ensino fundamental incompleto, 47 (30,7%) possuíam até o ensino médio incompleto, 41 (26,8%) possuíam até o ensino superior incompleto e apenas 4 (2,6%) possuíam o ensino superior completo. Em relação à cor, 98 (64,1%) se autodeclararam branca, 33 (21,6%) se autodeclararam preta e 22 (14,4%) se autodeclararam de outra cor. Sobre a religião 59 (38,6%) responderam que não frequentam alguma religião, culto ou doutrina, 60 (39,2%) frequentam às vezes e 34 (22,2%) frequentam sempre. Mais da metade das mulheres 71 (51%) não trabalha ou exerce uma atividade com remuneração e 75 (49%) trabalham. A mediana da renda individual das mulheres que sofreram discriminação nos serviços de saúde é de 545 reais. A mediana da renda do domicílio destas mulheres é de 875 reais. Em relação a parceiro fixo atualmente, 91 (59,5%) das mulheres responderam que possuem um marido ou vive com o parceiro e 62 (40,5%) responderam que não (Tabela 1).

Em relação ao tempo da última relação sexual, 45 (29,4%) mulheres relataram que a última relação foi há 3 dias, 34 (22,2%) há uma semana, 31 (20,3%) há um mês e 43 (28,1%) há três meses ou mais. Sobre o uso do preservativo na última relação sexual, 96 (64,4%) responderam que utilizaram e 53 (35,6%) não utilizaram. A respeito de com quem foram as relações sexuais ao longo da vida, a maioria afirmou ter tido relações só com homens, 146 (95,4%). O uso de drogas alguma vez na vida foi relatado por 53 (34,9%) das mulheres, 99 (65,1%) afirmou nunca ter usado drogas. Sobre a troca de sexo por dinheiro, 23 (15,1%) mulheres afirmaram já terem realizado e 129 (84,9%) O número de mulheres que sofreram discriminação dentro de um serviço de saúde, com diagnóstico de outra IST nos últimos 12 meses foi de 9 (6,1%), 139 (93,9) não foram infectadas por nenhuma IST nos últimos 12 meses (Tabela 2).

Das 153 mulheres que já sofreram discriminação dentro de um serviço de saúde, 144 (94,1%) possui filhos e destas, 143 (31,4%) possui um filho, 41 (28,5%) dois filhos e 62 (43,1%) três filhos ou mais. Sobre a idade da primeira gestação, 22 (15%) tinham até 15 anos, 82 (55,8%) de 16 a 20 anos e 43 (29,3%) 21 anos ou mais. O uso de método contraceptivo até um ano após a primeira gestação foi afirmado por 82 (64,6%) mulheres. A respeito do número de gestações, 31 (20,3%) tiveram até uma gestação, 38 (24,8%) duas gestações, 30 (19,6%) três gestações e 54 (35,3%) quatro ou mais gestações. Com relação à época da gravidez, 128 (85,9%) ficaram grávidas antes do diagnóstico de HIV e 84 (56,8%) ficaram grávidas após o diagnóstico de HIV. O uso de contraceptivo até um ano após a primeira gestação do diagnóstico de HIV, 68 (81%) responderam que utilizaram e 16 (19%) não utilizaram. O uso de método contraceptivo até um ano após a última gestação foi afirmado por 49 (84,5%) mulheres. A respeito de aborto provocado, 18 (12,2%) afirmaram terem cometido alguma vez na vida e 130 (87,8%) negaram; 12 (66,7%) mulheres realizaram o aborto antes do diagnóstico de HIV; 5 (55,6%) provocaram aborto após o diagnóstico após o diagnóstico de HIV (Tabela 3).

**Tabela 1: Perfil sociodemográfico das mulheres vivendo com HIV, usuárias dos serviços públicos de Porto Alegre, conforme a ocorrência de discriminação.**

Variável	Discriminação em serviço de saúde		
	Total (%)*	Sim (%)*	Não (%)*
<b>Idade (anos)</b>			
18 até 24	59 (8,7)	10 (6,5)	49 (9,3)
25 até 29	83 (12,2)	18 (11,8)	65 (12,3)
30 até 34	149 (21,8)	38 (24,8)	111 (21)
35 até 39	157 (23)	41 (26,8)	116 (21,9)
40 até 44	136 (19,9)	26 (17)	110 (20,8)
45 até 49	98 (14,4)	20 (13,1)	78 (14,7)
<b>Escolaridade</b>			
Até o ensino fundamental incompleto	277 (40,6)	61 (39,9)	216 (40,8)
Até o ensino médio incompleto	174 (25,5)	47 (30,7)	127 (24)
Até o ensino superior incompleto	209 (30,6)	41 (26,8)	168 (31,8)
Ensino superior completo	22 (3,2)	4 (2,6)	18 (3,4)
<b>Cor</b>			
Branca	405 (59,4)	98 (64,1)	307 (58)
Preta	177 (26)	33 (21,6)	144 (27,2)
Outro	100 (14,7)	22 (14,4)	78 (14,7)
<b>Frequenta alguma religião, culto ou doutrina?</b>			
Não	294 (43,1)	59 (38,6)	235 (44,4)
Sim, às vezes	221 (32,4)	60 (39,2)	161 (30,4)
Sim, sempre	167 (24,5)	34 (22,2)	133 (25,1)
<b>Trabalha ou exerce atividade com rendimentos?</b>			
Sim	372 (54,5)	75 (49)	297 (56,1)
Não	310 (45,5)	78 (51)	232 (43,9)
<b>Renda**</b>	545 (200-800)	545 (112-800)	560 (300-800)
<b>Renda domicílio**</b>	1000 (576-1600)	875 (545-1475)	1000 (600-1700)
<b>Neste momento está casada ou vive com o parceiro?</b>			
Sim	378 (55,4)	91 (59,5)	287 (54,3)
Não	304 (44,6)	62 (40,5)	242 (45,7)
<b>Total</b>	682 (100)	153 (22,4)	529 (77,6)

\*Totais podem diferir pela possibilidade de não resposta.

\*\*Dado apresentado em mediana e amplitude interquartilica.



**Tabela 2: Perfil do comportamento de vulnerabilidade sexual das mulheres vivendo com HIV, usuárias dos serviços públicos de Porto Alegre, conforme a ocorrência de discriminação.**

Variável	Discriminação em serviço de saúde		
	Total (%)*	Sim (%)*	Não (%)*
<b>Idade da primeira relação sexual (anos)</b>			
≤ 15	319 (46,9)	82 (53,9)	237 (44,9)
> 15	361 (53,1)	70 (46,1)	291 (55,1)
<b>Uso de preservativo na primeira relação sexual</b>			
Sim	171 (25,8)	33 (22,6)	138 (26,6)
Não	493 (74,2)	113 (77,4)	380 (73,4)
<b>Número de parceiros na vida</b>			
1 a 4	285 (41,8)	72 (47,1)	213 (40,3)
5 a 9	180 (26,4)	29 (19)	151 (28,5)
10 ou mais	217 (31,8)	52 (34)	165 (31,2)
<b>Número de parceiros nos últimos 12 meses</b>			
Nenhum	102 (15,1)	20 (13,2)	82 (15,7)
1	497 (73,7)	114 (75,5)	383 (73,2)
2	53 (7,9)	14 (9,3)	39 (7,5)
3 ou mais	22 (3,3)	3 (2)	19 (3,6)
<b>Tempo da última relação sexual (dias)</b>			
3	217 (31,8)	45 (29,4)	172 (32,5)
7	126 (18,5)	34 (22,2)	92 (17,4)
30	122 (17,9)	31 (20,3)	91 (17,2)
90 ou mais	217 (31,8)	43 (28,1)	174 (32,9)
<b>Uso de camisinha na última relação sexual</b>			
Sim	448 (67,3)	96 (64,4)	352 (68,1)
Não	218 (32,7)	53 (35,6)	165 (31,9)
<b>Durante a vida sexual, com quem foram as relações sexuais?</b>			
Só com homens	656 (96,3)	146 (95,4)	510 (96,6)
Mais frequentemente com homens, mas também com mulheres	17 (2,5)	5 (3,3)	12 (2,3)
Igualmente com homens e mulheres	3 (0,4)	0 (0)	3 (0,6)
Mais frequentemente com mulheres, mas também com homens	5 (0,7)	2 (1,3)	3 (0,6)
<b>Já usou drogas alguma vez</b>			
Sim	203 (29,9)	53 (34,9)	150 (28,5)
Não	476 (70,1)	99 (65,1)	377 (71,5)
<b>Alguma vez na vida, você já fez sexo em troca de dinheiro?</b>			
Sim	76 (11,2)	23 (15,1)	53 (10,1)
Não	603 (88,8)	129 (84,9)	474 (89,9)
<b>IST nos últimos 12 meses</b>			
Sim	50 (7,5)	9 (6,1)	41 (7,9)
Não	615 (92,5)	139 (93,9)	476 (92,1)
<b>Total</b>	<b>682 (100)</b>	<b>153 (22,4)</b>	<b>529 (77,6)</b>

\*Totais podem diferir pela possibilidade de não resposta.

**Tabela 3: Perfil da saúde reprodutiva das mulheres vivendo com HIV, usuárias dos serviços públicos de Porto Alegre, conforme a ocorrência de discriminação.**

Variável	Discriminação em serviço de saúde		
	Total (%)*	Sim (%)*	Não (%)*
<b>Tem filhos</b>			
Sim	599 (87,8)	144 (94,1)	455 (86)
Não	83 (12,2)	9 (5,9)	74 (14)
<b>Número de filhos</b>			
Um filho	184 (30,7)	143 (31,4)	41 (28,5)
Dois filhos	162 (27)	41 (28,5)	121 (26,6)
Três filhos ou mais	253 (42,2)	62 (43,1)	191 (42)
<b>Idade da primeira gestação</b>			
Até 15 anos	102 (16,4)	22 (15)	80 (16,8)
De 16 a 20 anos	328 (52,6)	82 (55,8)	246 (51,7)
21 anos ou mais	193 (31)	43 (29,3)	150 (31,5)
<b>Uso de método contraceptivo até um ano após a primeira gestação</b>			
Sim	342 (63,8)	82 (64,6)	260 (63,6)
Não	194 (36,2)	45 (35,4)	149 (36,4)
<b>Número de gestações</b>			
Até uma gestação	196 (28,7)	31 (20,3)	165(31,2)
Duas gestações	151 (22,1)	38 (24,8)	113 (21,4)
Três gestações	131 (19,2)	30 (19,6)	101 (19,1)
Quatro ou mais gestações	204 (29,9)	54 (35,3)	150 (28,4)
<b>Gravidez antes do diagnóstico de HIV</b>			
Sim	538 (85,5)	128 (85,9)	410 (85,4)
Não	91 (14,5)	70 (14,6)	21 (14,1)
<b>Gravidez após o diagnóstico de HIV</b>			
Sim	296 (47,1)	84 (56,8)	212 (44,2)
Não	332 (52,9)	64 (43,2)	268 (55,8)
<b>Uso de método contraceptivo até um ano após a primeira gestação após diagnóstico</b>			
Sim	228 (77,3)	68 (81)	160 (75,8)
Não	67 (22,7)	16 (19)	51 (24,2)
<b>Uso de método contraceptivo até um ano após a última gestação</b>			
Sim	178 (74,5)	49 (84,5)	129 (71,3)
Não	61 (25,5)	52 (28,7)	9 (15,5)
<b>Aborto provocado</b>			
Sim	82 (13,2)	18 (12,2)	64 (13,5)
Não	539 (86,8)	130 (87,8)	409 (86,5)
<b>Aborto provocado antes do diagnóstico de HIV</b>			
Sim	65 (79,3)	12 (66,7)	53 (82,8)
Não	17 (20,7)	6 (33,3)	11 (17,2)
<b>Aborto provocado após diagnóstico de HIV</b>			
Sim	11 (28,2)	5 (55,6)	6 (20)
Não	28 (71,8)	4 (44,4)	24 (80)
<b>Total</b>	<b>682 (100)</b>	<b>153 (22,4)</b>	<b>529 (77,6)</b>

\*Totais podem diferir pela possibilidade de não resposta.

O Quadro 1 sintetiza informações sobre as participantes do componente qualitativo, a fim de que estas informações possam auxiliar na compreensão da temática estudada.

**Quadro 1 – Síntese das participantes da etapa qualitativa**

Identificação	Idade*	Escolaridade	Filhos**	Como se deu a descoberta do HIV
Maria 1	34	Ensino Fundamental incompleto	4	Na gestação do segundo filho foi que teve o diagnóstico.
Maria 2	51	Ensino Médio completo	0	Teve conhecimento do diagnóstico de HIV realizando exames laboratoriais de rotina.
Maria 3	51	Ensino Médio incompleto	3	Um amigo do namorado a informou do diagnóstico do namorado. A ex esposa do mesmo havia falecido de Aids.
Maria 4	48	Ensino Superior incompleto	2	Descobriu HIV durante o pré-natal do primeiro filho.
Maria 5	50	Ensino Superior completo	0	Descobriu o HIV após sentir sintomas físicos, tais como fraqueza.
Maria 6	29	Ensino Fundamental incompleto	1	Descobriu o HIV no pré-natal quando teve aborto espontâneo devido à sífilis.
Maria 7	37	Ensino Fundamental completo	0	Descobriu o HIV aos 24 anos quando trabalha em um hospital em POA, acidente com perfuro.
Maria 8	39	Ensino Médio completo	1	Realizou teste de HIV devido a uma gripe e aparecimento de alguns linfonodos.
Maria 9	43	Ensino Fundamental completo	1	Descobriu o diagnóstico após desconfiar que o parceiro havia se relacionado com outra pessoa e se contaminado.
Maria 10	40	Ensino Fundamental incompleto	2	Médicos solicitaram exame anti-HIV para o recém-nascido, devido aos problemas de saúde do bebê.
Maria 11	42	Ensino Médio completo	1	Durante uma internação psiquiátrica a entrevistada realizou exames de rotina.
Maria 12	43	Ensino Fundamental incompleto	9	Descobriu na maternidade de um dos nascimentos das filhas.
Maria 13	50	Ensino Fundamental incompleto	3	Realizou exame laboratorial acompanhada da irmã.
Maria 14	50	Ensino Fundamental incompleto	2	Descobriu o HIV quando o companheiro faleceu.
Maria 15	43	Não há registro	1	Descobriu o HIV quando começou a ficar muito doente.
Maria 16	50	Ensino Superior completo	3	Descobriu após o diagnóstico do companheiro.
Maria 17	42	Ensino Fundamental incompleto	4	Descobriu a doença quando o parceiro, soropositivo, faleceu.
Maria 18	35	Ensino Médio completo	3	Teve o diagnóstico do HIV no pré-natal da terceira gestação.
Maria 19	29	Ensino Médio completo	1	Foi realizar exames de rotina e descobriu o HIV.

Fonte: Adaptado de BECK JUNIOR, 2017.

## 6 DISCUSSÃO

A discriminação entre pessoas vivendo com HIV constitui tema relevante para a saúde pública e tem sido estudada há algumas décadas, tanto nacional (GARCIA, KOYAMA, 2008; MASSINGNAM; BASTOS; NEDEL, 2015; BASTOS, GARCIA, 2015) quanto internacionalmente (ANDRADE, IRIART, 2015; ODIMEGWU et al, 2018; OSKOUIE et al, 2017; ABAVER, CISHE, 2018). Bastos e Garcia (2015) destacam que comportamentos discriminatórios em serviços de saúde contrapõe a ideia de que os serviços de saúde tem o papel de defender os direitos humanos e reduzir iniquidade em saúde. Esta questão é ainda mais grave quando falamos em HIV/Aids, porque historicamente estas pessoas sofrem discriminação relacionadas ao preconceito pelas formas de transmissão do vírus. Do ponto de vista antropológico, o estigma e a discriminação relacionados à doença estão ligados ao imaginário ou a representação social da Aids, vinculada os chamados “grupos de risco” e também aos comportamentos sexuais desviantes de um padrão de normalidade aceito nas sociedades (LABRA, 2015).

Antunes, Camargo e Bousfield (2014) através de estudo quantitativo e qualitativo, abordaram a temática dos estereótipos e representações sociais da Aids. Os resultados mostraram que as representações sociais sobre pessoas que vivem com HIV/Aids apareceram permeadas de elementos negativos, que remetem a aspectos emocionais e atributos físicos, e o elemento “preconceito” aparece como organizador dessa representação. Os participantes responsabilizaram as pessoas com HIV/Aids pela sua condição e rejeitaram situações em que há contato mais próximo com elas. Preconceito e estereótipo de Aids relacionado à morte e “aparência de doente” também foram encontrados em nosso estudo conforme relatos a seguir.

“É, até hoje a coisa não ta tão, né? Essas coisas de preconceito, mas na época, assim, era, bah. As pessoas nem, nem no teu copo pegavam, né? Daí, eu conversei com a minha psicóloga, eu disse: - ah, eu queria dividir com mais alguém, contar pra essa minha amiga. Daí, ela disse assim que não.” – Maria 5.

“Não, porque eu fiquei com medo, né, assim como [...] eu mesmo tinha preconceito, que achava que eu ia morrer e achava que [...]. Ai, foi triste. Mas [...], um momento muito difícil na minha vida.” – Maria 1.

“[...] eu descobri porque eu namorava esse cara e ele já tinha me dito que ele tinha e eu não acreditava, né, porque ele era bem bonito, bem vestido, não tinha jeito de doente, entendeu?” – Maria 15.

“E eu achava que era mentira, ele tinha dinheiro, ele carro, então eu imaginava que, que podia, que não podia, quem poderia era só quem tava no mundo da sarjeta” - Maria 15.

Encontramos 22,4% de relato de discriminação em serviços de saúde em uma amostra de 682 mulheres vinculadas a serviços de saúde, mas há relatos na literatura de percentuais mais elevados, como traz um estudo realizado em 14 países da Europa no ano de 2014 com uma amostra de 1.549 pessoas vivendo com HIV, a amostra foi composta por homens e mulheres. Este estudo evidenciou 32% de relatos de discriminação por ser diagnosticado com HIV, dentre as pessoas que relataram terem sofrido algum tipo de discriminação, 83% da amostra total já se sentiu discriminado por algum profissional de saúde. Os países nos quais os participantes do estudo relataram níveis relativamente mais altos de discriminação por profissionais de saúde foram a Áustria (35%), a Polônia (30%) e a Grécia (28%). (NÖSTLINGER et al., 2014). Embora sejam dados autorrelatados, nossa hipótese é de que os percentuais sejam ainda maiores, porque a experiência com o componente qualitativo da pesquisa mostrou que em algumas situações as mulheres relatam atitudes discriminatórias, porém, quando questionadas, elas respondem que não sentiram discriminação em algumas situações específicas.

Estudo recente (ANDRADE, IRIART, 2015) adotou a definição de Corrigan e Lundin (2001) de que se identificam duas dimensões do estigma: o estigma sentido (*felt stigma*) e o estigma efetivado (*enacted stigma*). O primeiro remete à percepção de depreciação pelo indivíduo portador de alguma característica ou condição socialmente desvalorizada, o que acarreta sentimentos como vergonha, medo, ansiedade e depressão, levando à autoexclusão das relações sociais. Já o estigma efetivado é definido como uma experiência real da discriminação, quando a exclusão em função do estigma passa a ocorrer, resultando em violação de direitos e implicando ostracismo social. Em nosso estudo, como trabalhamos com dados quantitativos e com dados qualitativos oriundos de técnica de coleta de dados que eram entrevistas semiestruturadas, adotou-se a dimensão do estigma ou discriminação sentido.

Em geral as mulheres do estudo apresentaram um perfil sociodemográfico de baixa escolaridade e renda e estas características foram observadas em mulheres

com e sem relato de discriminação. Neste sentido, o fato de termos mulheres em contextos de vulnerabilidade social, este contexto pode mudar a percepção das mesmas sobre a discriminação em serviços de saúde, fazendo com que haja assim, menor percentual de relato ou percepção do que realmente ocorre na prática. Apesar deste perfil, a maneira de lidar com o estigma e discriminação para conseguir se manter em tratamento, é vincular o tratamento a um local que não seja na sua cidade de origem, como observamos a seguir. Esta questão também foi observada no estudo qualitativo de Renesto et al. (2014) traz relatos em que mulheres que se tratam em outras unidades básicas de saúde por apresentaram receio de serem identificadas, principalmente quando sabem que nesses serviços podem encontrar pessoas do seu convívio social, como amigos, vizinhos ou familiares, para quem não haviam revelado seu diagnóstico.

“[...] bem atendida, até assim, ó, eu me trato aqui, as eu pego medicação em Sapucaia, que é mais perto, né? Eu podia pegar em São Leopoldo, mas lá em São Leopoldo, têm um monte de gente que eu conheço, tem a minha cunhada, tem um monte de gente que me conhece, então pegam lá [...]” – Maria 5.

Vários estudos vêm mostrando que, embora o perfil da epidemia da Aids esteja sofrendo modificações nos últimos anos, entre os mais atingidos tem-se pessoas em contextos de grande vulnerabilidade social (BERTAGNOLI; FIGUEIREDO, 2017; VILLELA; MONTEIRO, 2015; MIRANDA-RIBEIRO et al., 2010), corroborando com os dados apresentados na tabela 1. Essa questão então é particularmente importante aos serviços de saúde quando falamos das mulheres, pois somado a estas questões temos a dependência financeira de seus parceiros e os atravessamentos das questões de gênero, e todos estes aspectos vão impactar sobre a saúde sexual, dificultando a gestão da vida reprodutiva por parte das mulheres (ESTAVELA; SEIDL, 2015; TEIXEIRA, 2012). Cabe destacar, que se o serviço de saúde não fosse um local de discriminação, como é evidenciado por algumas falas a seguir, ele poderia ter um papel chave no auxílio da gestão da vida reprodutiva, de forma que as mulheres pudessem decidir sobre seu próprio corpo, na perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos. Além disso, há estudos apontando que pessoas vivendo com HIV que sofreram processos de discriminação podem ter atraso no diagnóstico e no acesso ao tratamento e até mesmo dificuldade de adesão ao tratamento antirretroviral (MONTEIRO; VILLELA; KNAUTH, 2012;

ANDRADE; IRIART, 2015, UNAIDS, 2017). Neste sentido, destaca-se a fala de uma entrevistada, apontando vontade de desistir de um acompanhamento de pré-natal.

“A próxima consulta vai ser tal dia.” Aí, eu disse: “Ah, eu queria falar contigo.” “Ah, tá.” Aí, eu cheguei. Ah, sabe o que que é: “É que eu sou soropositivo.” Aí, eles: “Tu é o quê? Ah, não, não. Não é aqui, não. Não, tá no lugar errado, minha filha, não é aqui. Não, vai lá, fala com o médico lá. Vai lá embaixo agora. E tu não vem mais na, na próxima consulta tu já nem vem aqui. É diferente.” “Não, mas sabe que que é [...]” “ Não. Não, tu não me leva a mal, tá, menina, mas desce lá embaixo e fala o que tu me falou. Fala lá pra [...], pra atendente lá que ela vai te indicar.” Bá! Aquilo ali, olha. Ali já me matou, já. Se eu tivesse que me matar de verdade ali, eu já teria me matado. Porque é, é uma coisa inesperada. Tu pensa” [...] – Maria 1.

Ainda a discriminação aparece em outros momentos que não só no pré-natal, mas também relacionada ao diagnóstico, como se observa a seguir.

“É, só teve uma, uma senhora que disse assim pra mim: que que tu quer, esse cara aí te contaminou, é nego, é pobre, não sabe quase ler e escrever, que que tu quer com ele? Tu te lembra que eu te contei? [...]Ele é negro, pobre, não é bonito, não sabe, não tem instrução e te contaminou, o que que tu quer com ele? [...]Ela era, ela atendia as pessoas lá.” – Maria 9.

“Teve uma, uma médica que me perguntou assim ó, como é que eu me contaminei? Eu contei que eu me contaminei do meu marido. E aí ela me perguntou: o teu marido é homossexual, é drogado ou é, como é que é uma pessoa que tem uma vida assim bem (pausa)” - Maria 9.

“[...] só tinha, exatamente o que eu perguntei pra ela, só tem essas 3 opções aí doutora? Ele é bissexual, homossexual, sei lá que nome, que palavra que ela usou assim que é dos dois lados, né, é, ou ele é promiscuo ou ele usa droga? Assim, só tem essas 3, perguntei, juro, só tem essas 3 opções? [...] Aí ela assim, por que? Porque não é nenhuma dessas opções [...]. Então, ela acha, até uma médica perguntar isso, pelo amor de Deus, uma médica trabalha com isso e não tem noção, pode ter tantas outras opções.” – Maria 9.

“Aí, eu acho que lá em Ijuí ainda tem um pouco de discriminação. Tipo as atendentes, assim, sabe, te olham errado, te olham [...], né, uma cara meio, sabe. Tipo, ah, tu tá aí, tá né, que que tu fez pra tá aí, agora, né? Bem feito, tipo assim, sabe, uma coisa assim, né, tu sentia, sentia muito isso.” – Maria 11.

“Eu optei por isso porque os sentimentos das pessoas quando eu, eu conto ou discriminam ou têm pena. E pena é uma coisa que é [...]. Eu, eu prefiro que me discriminem. Né, porque pena de mim vai ser difícil, né? Eu, eu nem me lembro disso, eu só me lembro quando eu ten[ho], eu tenho que tomar os remédios. Eu não me lembro nem pra quê. Entende? Eu não, eu, eu, eu apaguei isso [...] da minha cabeça. Eu te[nho], eu me, eu tô condicionada, eu tenho que tomar o remédio meio-dia ou uma, uma e meia que eu tomo o remédio e fim.” – Maria 4.

Em nosso estudo observamos que 61,4% das mulheres que relataram discriminação frequentavam alguma religião ou doutrina e 59,5% estavam em um relacionamento afetivo. Vínculos com amigos, familiares e grupos sociais como de religiões podem ajudar a diminuir a discriminação em outros espaços de convivência, como no trabalho, que não é objeto do nosso estudo, mas que aparece nas falas das mulheres.

“não, nem no emprego [...], tem gente que, ah, não pode tomar chimarrão, pega pela saliva, né, essa coisa. Não, não.” – Maria 5.

A fala acima ocorreu num contexto em que a mulher citava comentários discriminatórios e falta de informação sobre o modo de transmissão do HIV no seu trabalho. Andrade e Iriart (2015) citam a importância das redes de apoio, especialmente em comunidades religiosas, onde as mulheres se sentem mais seguras. Os autores acreditam que pelo fato da Aids ser uma doença sem cura e associada à ideia de morte, as crenças religiosas ajudam no processo de construção de um sentido para a enfermidade e no seu enfrentamento.

Ferreira, Favoreto e Guimarães (2012) em pesquisa qualitativo com uso de narrativas estudo a influência da religiosidade no conviver com HIV. Os autores apontam categorizações temáticas que trazem estratégias de enfrentamento à doença, dentre as quais se têm o problema da discriminação, concluindo que os profissionais de saúde devem estar atentos ao surgimento de tais conteúdos, pois trazem aspectos que envolvem questões terapêuticas – como adesão, apoio social, conflitos e singularidades individuais. Recente estudo conduzido em Recife sobre religiosidade e *coping* religioso-espiritual de pessoas que vivem com HIV/Aids, utilizando um índice de religiosidade específico (índice de Duke), evidenciou elevados índices de religiosidade e de uso do *coping* religioso-espiritual entre 52 participantes. Os pesquisadores concluíram que estimular atividades religiosas, que anteriormente não eram comuns em consultas clínicas, mostrou-se benéfico às pessoas vivendo com HIV tendo em vista que a doença ainda não tem cura (PINHO et al., 2017).

Em relação à presença de um companheiro, o estudo de Coutinho, O'Dwyer e Frossard (2018) evidenciou a relevância da presença de um companheiro como rede de apoio, especialmente para a adesão ao tratamento antirretroviral.



No tocante ao comportamento sexual, observa-se que mais da metade das mulheres que sofreram discriminação (53,9%) iniciaram a vida sexual com até 15 anos com apenas 22,6% de uso de preservativo na primeira relação. Estes dados, quando analisados conjuntamente, apontam contextos de vulnerabilidade relacionados à exposição sexual, como já evidenciado em outros estudos (ABOIM, 2012; SILVA et al., 2015; MAFRA et al., 2016). Ainda, têm-se um expressivo número de mulheres com 10 ou mais parceiros sexuais na vida (34%). Em relação a este dado, há evidências de que quanto maior o número de parceiros sexuais, maior a chance de não uso de preservativos em algumas destas relações, novamente, demarcando a exposição sexual desprotegida, no contexto que chamamos de vulnerabilidade em saúde (MAFRA et al., 2016). Destaca-se ainda a ocorrência de sexo em troca de dinheiro com 15,1% das mulheres. Sobre esta questão, o estudo de Auli et al. (2015), com abordagem fenomenológica, conduzido em Barcelona, mostrou que pessoas que fazem sexo comercial são considerados um grupo vulnerável por questões socioeconômicas e por atitudes e crenças em relação à prevenção das ISTs.

As questões reprodutivas tornam-se um dilema após a descoberta do diagnóstico do HIV, a gravidez já não é mais vista apenas como um evento positivo, porque incluiu um aumento de preocupações e ansiedade em relação à saúde - a própria e a do bebê frente à doença (CARLSSON-LALLOO et al., 2016). Muitas mulheres optam por não ter mais filhos por medo das crianças nascerem soropositivas ou por receio de morrer e deixar a criança. E há aquelas que optam por manter sua vida reprodutiva até ter o número desejado de filhos (VILLELA; BARBOSA, 2017). Em nosso estudo 56,8% das mulheres tiveram pelos menos uma gravidez após o diagnóstico de HIV. Esta gravidez muitas vezes não é planejada como aborda o estudo de Claye et al. (2018) em que mais de 75% das mulheres que tiveram uma gravidez após o diagnóstico de HIV disseram que não planejaram, e mais de dois terços delas resultaram de sexo desprotegido (67,2%).

A gravidez é mais uma questão para discriminação em serviço da saúde, sendo planejada ou não, como demonstram os relatos a seguir:

“Ah, o Pedro e a Ana Luíza. A mulher olhou pra mim e disse assim: “Pô guria - lá quando eu tava com barrigão, né - tu já sabe que tu tem, porque tu veio aqui de novo?”. Eu disse: “Fazer o quê, engravidei?”. Ela: “Fazer o quê? Mas vai cortar tudo isso aí guria, o

que que tu pensa que é?”, bem assim pra mim. E disse [...]” – Maria 1.

“Ela disse assim: “Se tu sabe que tu tem, por que tu não corta isso aí, hein? Já aproveita ali, aproveita que ele tá ali e já oh [...]manda cortar tudo”. Ai, eu disse: “Ai, é que eu sou muito nova, eu já pedi, mas eles não querem cortar”. Ai ela: “Ah, tu quer, eu te dou uma, eu te dou um telefone, eles mandam cortar isso duma vez”, bem assim pra mim. “Tu não sabe que tu não pode tá botando filho no mundo?”, bem assim. “Nasce estragado, depois morre; depois fica chorando ai, oh”, bem assim pra mim. Ai, eu chorei tanto, tanto, tanto, tanto.” – Maria 1.

“Do hospital e das enfermeiras - principalmente as que tá dentro do pré-parto. Ai, o pré-parto é o pior de todos, porque se a, se a coisa lê o teu negócio, que nem esse negócio aqui, olha pra ti e te fala: “Pô, mas tu tá sabendo que tu tem, por que tá[...]? Tu não tem palavras.” – Maria 1.

Em nosso estudo o uso de algum método contraceptivo após a gestação depois do diagnóstico de HIV foi de 81%, este número também foi elevado no estudo de Claye et al (2018) do qual as mulheres que tiveram uma gravidez após o HIV utilizaram algum método contraceptivo, sendo 36% de métodos hormonais (principalmente pílulas anticoncepcionais) e 63,5% de métodos de barreira (principalmente preservativos masculinos) a forma de contracepção mais relatada por essas mulheres. Dentre estas mulheres 71,9% relataram utilizar sempre um método contraceptivo nas relações sexuais.

Ainda sobre os desfechos reprodutivos, o aborto no Brasil é considerado um crime contra vida e as mulheres que se submetem a esta prática são punidas perante a lei, salvo os casos em que a mulher corre risco morte ou a gravidez é resultado de uma violência física – estupro (VILLELA; MONTEIRO, 2015). A criminalização do aborto contribui para o aumento da mortalidade materna, pois as mulheres que buscam esta solução recorrem a clínicas clandestinas para realizar o procedimento ou utilizam métodos caseiros colocando em risco suas vidas.

No estudo quantitativo realizado por Pilecco et al. (2015) a maioria das mulheres de sua amostra realizaram a indução do aborto após a descoberta do diagnóstico de HIV, tendo como principal motivação para o ato a sorologia seguido da falta de condições financeiras para criar mais um filho. Villela et al. (2012) aborda em seu estudo outras questões para interrupção da gravidez, como às percepções da mulher a respeito de ser uma “boa” ou “má” mãe, devido a restrição de aleitamento materno e a exposição de sua a criança a procedimentos que provocam

dor, como injeções e remédios. Além da necessidade de cuidados específicos após o nascimento, e a sobrecarga que isto pode representar para a mulher.

Diante do peso de uma decisão difícil, somada a discriminação do HIV, muitas mulheres que precisam de atendimento médico após complicações da indução por métodos caseiros abortivos acabam sofrendo ainda a discriminação por causa da tentativa de aborto, que se soma ao fato de ter HIV, como se observa no relato a seguir.

“Aí, me maltrataram. Aí, começaram a gritar lá dentro. Eu que perdi, saiu, que doeu, não gritei. Aí, as enfermeira tudo começaram a gritar. Aí, disseram que eu era ruim, que eu era maldosa, que não sei o quê. Eu disse: “Mas, eu não tenho condições nem de dar comida para minha filha.” [enfermeira:] “Então, desse o filho pra alguém, então. Eu aposto que tu transou com qualquer um aí que nem uma cadela”. Bá, me trataram mal. Aí eu, bá, peguei ódio delas, né? Na hora ali, por que, também, né?” – Maria 1.

Uma revisão sistemática realizada por Geter, Herron e Sutton (2018) evidencia que os profissionais de saúde não especializados em HIV que possuem oportunidades limitadas de educação clínica e prática tendem a reproduzir o estigma da sociedade as pessoas vivendo com HIV, entretanto encontram-se taxas mais baixas de atitudes estigmatizadoras entre os profissionais de saúde que receberam treinamento para o estigma do HIV nos últimos 12 meses. Esta evidência corrobora com as falas das participantes do nosso estudo, no entanto, nós não investigamos se os profissionais em geral possuíam algum treinamento específico relacionado ao HIV.

Frente aos resultados encontrados, é importante destacar que o profissional de saúde, especialmente a equipe de enfermagem que está continuamente envolvida com a assistência, necessita de ações de educação permanente como estratégia para diminuir a discriminação em serviço de saúde. Neste estudo, pela questão da epidemia da Aids atingir especialmente mulheres que estão em idade reprodutiva, focamos nas questões de saúde sexual e reprodutiva e sua relação com a discriminação. No entanto, é muito provável que estas mulheres apresentam outras demandas de saúde que podem não estar sendo atendidas nos serviços, pois a ocorrência de discriminação é uma barreira, e dificuldade a criação de vínculo e a apresentação destas demandas aos profissionais de saúde. Neste sentido, diminuir

a ocorrência de discriminação representaria um avanço de qualidade na perspectiva do cuidado integral em saúde às mulheres vivendo com HIV.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos contextos de ocorrência de discriminação de mulheres vivendo com HIV, com metodologia quantitativa e qualitativa permitiu uma melhor compreensão deste fenômeno. Especialmente o componente qualitativo permitiu o aprofundamento da temática sob o ponto de vista das mulheres, apontando a conexão entre demandas ou possíveis necessidades em termos de saúde sexual e reprodutiva e a ocorrência de atitudes discriminatórias nos serviços de saúde.

A ocorrência de discriminação foi de 22,4% e o perfil predominante é de mulheres com baixa escolaridade e baixa renda, em que 15,1% realizaram sexo comercial, mais de 30% destas tiveram 10 ou mais parceiros sexuais durante a vida, 35,3% tiveram quatro ou mais gestações e apresentaram expressivo percentual de gestações e aborto provocado após o diagnóstico. Neste sentido, conclui-se que as mulheres que sofrem discriminação possuem contextos sociais e trajetória sexual e reprodutiva marcada por desfechos que apontam um quadro de vulnerabilidade em saúde.

Este estudo suscita a hipótese de que eventos sexuais e reprodutivos - como gestações e abortos ocorridos após o HIV - podem estar relacionados com demandas de saúde não atendidas e a ocorrência de discriminação em serviços de saúde. Estas questões são de grande relevância porque podem apontar barreiras para a abordagem das questões de saúde sexual e reprodutiva destas mulheres. Assim, a educação em saúde que é majoritariamente realizada por enfermeiros pode não representar possibilidades de escolhas para estas mulheres, na concepção dos direitos sexuais e reprodutivos, porque o julgamento moral dos profissionais pode se sobrepôr às ações de cuidado, como foi apontado por algumas mulheres no componente qualitativo.

Recomenda-se a continuidade deste estudo e a divulgação dos resultados deste estudo nos serviços participantes, pois esta devolutiva é um compromisso social da pesquisa que apresenta grande potencial como estratégia de educação permanente, na perspectiva interprofissional, para a melhoria assistencial visando à integralidade do cuidado às mulheres vivendo com HIV.

## REFERÊNCIAS

ABAVERA, Dominic Targema; CISHEB, Elphina Nomabandla. Violence, abuse and discrimination: key factors militating against control of HIV/AIDS among the LGBTI sector. **Journal of social aspects of HIV/AIDS**, v. 15, n. 1, p. 60–70, 2018.

ABOIM, Sofia. Risco e prevenção do HIV/Aids: uma perspectiva biográfica sobre os comportamentos sexuais em Portugal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n.1, p. 99-112, 2012.

ALMEIDA, Maria Rita de Cassia Barreto de; LABRONICI, Liliana Maria. A trajetória silenciosa de pessoas portadoras do HIV contada pela história oral. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 1, p. 263-274, 2007.

ANDRADE, Rosário Gregório; IRIART, Jorge Alberto Bernstein. Estigma e discriminação: experiências de mulheres HIV positivo nos bairros populares de Maputo, Moçambique. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 565-574, Mar. 2015.

ANTUNES, Larissa; CAMARGO, Brigido Vizeu; BOUSFIELD, Andrea Bárbara S. Representações sociais e estereótipos sobre aids e pessoas que vivem com HIV/Aids. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v.16, n. 3, p. 43-57, set.-dez. 2014.

AULI, Núria Coma et al. Risk perception of sexually transmitted infections and HIV in Nigerian commercial sex workers in Barcelona: a qualitative study. **BMJ Open**, v.5, n. 6, p. 1-12, 2015.

BASTOS, João Luiz; GARCIA, Leila Posenato. Discriminação nos serviços de saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 351-352, jul-set. 2015.

BAUMGARTEN, Alexandre et al. Experiências de discriminação relacionadas aos serviços de saúde: análise exploratória em duas capitais do Sul do Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 3, p.362-353, jul-set. 2015.

BECK JUNIOR, Aldo. Histórias de violência de mulheres vivendo com HIV/Aids: um olhar para as situações vividas e estratégias adotadas para o seu enfrentamento. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. UFRGS, 2017.

BERMÚDEZ-ROMÁN et al. Influencia del estigma en torno al VIH en el acceso a los servicios de salud. **Salud pública de México**, v. 57, n. 3, Maio-Jun. 2015.

BERTAGNOLI, Marina Simões Flório Ferreira; FIGUEIREDO, Marco Antônio Castro. Gestantes soropositivas ao HIV: maternidade, relações conjugais e ações da psicologia. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 37, n 4, p 981-994, out/dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. **Boletim epidemiológico HIV/AIDS 2017**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/es/node/65093>>. Acesso em: 24 out. 2018.

CAJADO, Luciana Corrêa de Sena. Cidadãs Posithivas: Ativismo e Cuidado em saúde entre mulheres com HIV/AIDS, no Rio de Janeiro. Tese de mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, 2016.

CARLSSON-LALLOO, Ewa et al. Sexuality and reproduction in HIV-positive women: a meta-synthesis. **AIDS Patient Care and STDs**, v. 30,n. 2, p. 56-69, 2016.

CARVALHO, Simone Mendes; PAES, Graciele Oroski. A influência da estigmatização social em pessoas vivendo com HIV/AIDS The social stigmatization influence in people living with HIV/AIDS. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.19, n.2, p.157-63, 2011.

CLAYE, Lea Jean et al. Predictors of pregnancy after HIV-positive diagnosis among women in western Jamaica. **International Journal of Women's Health**, v. 16, n. 10, p. 623-632, out. 2018.

CORRIGAN P., LUNDIN R. **Don't call me nuts**: coping with the stigma of mental illness. Champaign: Abana Press; 2001.

COUTINHO, Maria Fernanda Cruz; O'DWYER, Gisele; FROSSARD, Vera. Tratamento antirretroviral: adesão e a influência da depressão em usuários com HIV/Aids atendidos na atenção primária. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 148-161, jan-mar 2018.

ESTAVELA, Arune Joao; SEIDL, Eliane Maria Fleury. Vulnerabilidades de gênero, práticas culturais e infecção pelo HIV em Maputo. **Psicologia & Sociedade**, v. 27, n.3, p. 569-578, 2015.

FERREIRA, Débora Carvalho; FAVORETO, Cesar Augusto Orazem; GUIMARÃES, Maria Beatriz Lisbôa. A influência da religiosidade no conviver com o HIV. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.16, n.41, p.383-93, abr./jun. 2012.

GARCIA, Sandra; KOYAMA, Mitti Ayako Hara. Estigma, discriminação e HIV/AIDS no contexto brasileiro, 1998 e 2005. **Rev Saúde Pública**, v. 42, supl. 1, p. 72-83, 2008.

GARRAFA, Volnei; GODOI, Alcinda Maria Machado; SOARES, Sheila Pereira. HIV/AIDS and the principle of non-discrimination and non-stigmatization. **Rev. Latinoam. Bioet.** v. 12, n. 2, p. 118-123, jul-dez, 2012.

GETER, Angelica; HERRON, Adrienne R.; SUTTON, Madeline Y. HIV- related stigma by healthcare providers in the United States: A systematic review. **AIDS Patient Care and STDs**, v. 32, n. 10, p. 418 – 424, out. 2018.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, p. 158, 2008.

HARMAN, Sophie. The Dual Feminisation of HIV/AIDS. **Globalizations**. Editora Taylor e Francis: Londres. v. 8, n. 2, p. 213 – 228, abr. 2011.

HULLEY, Stephen B.; NEWMAN, Thomas B.; CUMMINGS, Steven R.. Escolhendo os sujeitos do estudo: especificação, amostragem e recrutamento. In: HULLEY, Stephen B et al. **Delineando a pesquisa clínica**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015. Cap. 3.

LABRA, O. Social representations of HIV/Aids in mass media: some important lessons for caregivers. **International Social Work**, v. 58, n. 2 p. 238-248, 2015.

MAFRA, Rogério Luís Pereira et al. Aspectos de gênero e vulnerabilidade ao HIV/AIDS entre usuários de dois dos Serviços de Atendimento Especializado em DST/aids de São Luís, Maranhão. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 3, p.641-651, 2016

MANN, Jonathan M. **Statement at an informal briefing on AIDS to the 42nd Session of the United Nations General Assembly on Tuesday 20th October 1987**. Geneva : World Health Organization, Nova Iorque, 1987. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/61546/1/WHO\\_SPA\\_INF\\_87.12.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/61546/1/WHO_SPA_INF_87.12.pdf)>. Acesso em: 31 out. 2017.

MASSINGNAM, Fernando Mendes; BASTOS, João Luiz Dornelles; NEDEL, Fúlvio Borges. Discriminação e saúde: um problema de acesso. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 3, p.541-544, jul-set 2015.

MIRANDA-RIBEIRO, Paula et al. Perfis de Vulnerabilidade Feminina ao HIV/aids em Belo Horizonte e Recife: comparando brancas e negras. **Saúde Soc.** São Paulo, v.19, supl.2, p.21-35, 2010.

MONTEIRO, Simone. **Qual prevenção? AIDS, sexualidade e gênero em uma favela carioca**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

MONTEIRO, Simone; VILLELA, Wilza Vieira; KNAUTH, Daniela. Discrimination, stigma, and AIDS: a review of academic literature produced in Brazil (2005-2010). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 170-176, jan. 2012.

NATIVIDADE, J. C.; CAMARGO, B. V. Representações sociais, conhecimento científico e fontes de informação sobre AIDS. **Paidéia**, v.21, n.49, 165-174, 2011.

NÖSTLINGER, Christiana et al. HIV-Related Discrimination in European Health Care Settings. **AIDS Patient Care and STDs**, v. 28, n. 3, p. 155 – 161, 2014.

ODIMEGWU, Clifford O. et al. Ethnic heterogeneity in the determinants of HIV/AIDS stigma and discrimination among Nigeria women. **BMC Public Health**, jun. 2018.



OIT. **Repertório de recomendações práticas da OIT sobre o HIV/AIDS e o mundo do trabalho** / Organização Internacional do Trabalho, [Programa da OIT sobre HIV/AIDS e o Mundo do Trabalho].—3ª ed. - Brasília: OIT, 2010.

OLIVEIRA, Luzia Aparecida; FRANÇA JÚNIOR, Ivan. Demandas reprodutivas e a assistência às pessoas vivendo com HIV/AIDS: limites e possibilidades no contexto dos serviços de saúde especializados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, sup. 2, p.315-323, 2003.

OSKOUIE, Fatemeh et al. Qualitative study of HIV related stigma and discrimination: What women say in Iran. **Electronic Physician**, v. 9, n. 7, p. 4718-4724, jul. 2017.

PARKER, Richard; CAMARGO JR., Kenneth Rochel de. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. S89-S102, 2000.

PARKER, Richard. Stigma, prejudice and discrimination in global public health. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1 p. 64-69, jan. 2012.

PILECCO, Flávia Bulegon et al. Aborto pós-diagnóstico em mulheres vivendo com HIV/Aids no sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 5, p.1521-1530, 2015.

PINHO, Clarissa Mourão et al. Coping religioso e espiritual em pessoas vivendo com HIV/Aids. **Rev Bras Enferm**, v. 70, n. 2, p.410-417, mar-abr. 2017.

PINTO, Clarice Souza et al. Transitioning through AIDS epidemics—gender and temporality. **Braz. J. Infect. Dis.** Elsevier, v. 19, n. 6, p. 657– 659, 2015.

PORTO, Tainara Serodio Amim Rangel; SILVA, Carla Marins; VARGENS, Octavio Muniz da Costa. Cuidando de mulheres com HIV/AIDS: uma análise interacionista na perspectiva de mulheres profissionais de saúde. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 35, n. 2, p. 40-46, jun. 2014.

RENESTO, Helena Maria Ferreira et al. Enfrentamento e percepção da mulher em relação à infecção pelo HIV. **Rev Saúde Pública**, v. 48, n. 1, p. 36-42, 2014.

RIBEIRO, Marlene. Exclusão: problematizando o conceito. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 35-49, jan./jun. 1999. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ep/v25n1/v25n1a04.pdf>>. Acesso em 20 dez. 2017.

SAMPIERI, Roberto Hernández; COLLADO, Carlos Fernandez; LUCIO, Maria Del Pilar Baptista. **Metodologia de Pesquisa**. 5 ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SANTANA, Vilma Sousa; CUNHA, Sérgio. Metodologia Epidemiológica: Estudos transversais. In: ALMEIDA FILHO, Naomar de; BARRETO, Mauricio Lima. **Epidemiologia e Saúde: Fundamentos, métodos, aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. Cap. 16. p. 186-193.

SANTOS, Naila J.S. et al. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, sup. 2, p. 321-S333, 2009.

SANTOS, Naila JS et al. Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. **Rev Saúde Pública**. v. 36, supl. 4, p. 12-23, 2002.

SILVA, Welington dos Santos et al. Fatores associados ao uso de preservativo em pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Acta Paul Enferm.**, v. 28, n. 6, p. 587-92, 2015.

SILVA, Neide Emy Kurokawa e; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Estratégias para comunicação de diagnóstico de HIV a parceiros sexuais e práticas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1797-1806, ago. 2009.

STANGL, A. L.; GROSSMAN, C. I. Global action to reduce HIV stigma and discrimination. **Journal of the International AIDS Society**, n. 16, Suppl 2, p. 1-6, nov. 2013.

TEIXEIRA, Luciana Barcellos. Saúde sexual e reprodutiva de mulheres vivendo com HIV/AIDS no Sul do Brasil. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. UFRGS, 2012.

TAQUETTE, Stella Regina; RODRIGUES, Adriana de Oliveira; BORTOLOTTI, Livia Rocha. Infecção pelo HIV em adolescentes do sexo feminino: um estudo qualitativo. **Rev Panam Salud Publica**, v. 37, n. 4/5, p. 324–329, 2015.

UNAIDS. **Confronting discrimination: Overcoming HIV-related stigma and discrimination in health-care settings and beyond**. Geneva: Joint United Nations Programme On HIV/AIDS, 2017. Disponível em: <[http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/confronting-discrimination\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/confronting-discrimination_en.pdf)>. Acesso em: 25 out. 2017.

UNAIDS. **Gender action plan 2013-2018: A framework for accountability**. Geneva: Joint United Nations Programme On HIV/AIDS, 2018. Disponível em: <[http://www.unaids.org/en/resources/documents/2018/jc2925\\_unaids-gender-action-plan-2018-2023](http://www.unaids.org/en/resources/documents/2018/jc2925_unaids-gender-action-plan-2018-2023)>. Acesso em: 18 out. 2018a.

UNAIDS. **Fact sheet – July 2018**. Geneva: Joint United Nations Programme On HIV/AIDS, 2018. Disponível em: <<http://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>>. Acesso em: 24 out. 2018b.

VILLELA, Wilza Vieira; BARBOSA, Regina Maria. Trajetórias de mulheres vivendo com HIV/aids no Brasil: Avanços e permanências da resposta à epidemia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 87-96, 2017.

VILLELA, Wilza Vieira et al. Motivos e circunstâncias para o aborto induzido entre mulheres vivendo com HIV no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1709-1719, 2012.

VILLELA, Wilza Vieira; MONTEIRO, Simone. Gênero, estigma e saúde: reflexões a partir da prostituição, do aborto e do HIV/AIDS entre mulheres. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 531-540, jul-set. 2015.

ZUCCHI, Eliana Miura et al. Estigma e discriminação vividos na escola por crianças e jovens órfãos por AIDS. **Educação e Pesquisa**, v. 36, n. 3, p.719-734, dez. 2010.

ZUCCHI, Eliana Miura; PAIVA, Vera Silvia Facciolla; FRANCA JUNIOR, Ivan. Intervenções para reduzir o estigma da AIDS no Brasil: uma revisão crítica. **Temas em psicologia**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 3, p. 1067-1087, dez. 2013.

## **ANEXOS**

### **ANEXO I: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

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

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

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

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

**Declaração de consentimento:**

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

---

**Nome por extenso**

**Assinatura**

**Data**

## ANEXO II: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFRGS



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



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

**Número :** 2008216

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

**Pesquisador (es)**

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

O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS na reunião nº 62, ata nº 14 de 17/12/2009 por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

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

  
p/ JOSÉ ARTUR BOGO CHIES  
Coordenador do CEP-UFRGS

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

## ANEXO III: AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS



**Universidade Federal do Rio Grande do Sul**  
**Faculdade de Medicina**

Ramiro Barcelos, 2400 2º andar | CEP 90035-003 | Porto Alegre-RS  
Tel.+55 (51) 3308.5620 | Fax +55 (51) 3308.5621 | E-mail ppgepid@ufrgs.br

Porto Alegre, 24 de novembro de 2017.

### Autorização para uso de dados

Eu, Profa. Dra. Daniela Riva Kaunth, lotada no Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, pesquisadora responsável pelo estudo intitulado “Saúde sexual e reprodutiva de mulheres no contexto da epidemia de HIV/Aids em Porto Alegre”, que foi aprovado no CEP da UFRGS sob número 2008216, desenvolvido no Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, autorizo a aluna Karen da Silva Calvo a acessar e utilizar dados sobre discriminação desta pesquisa para o seu trabalho de conclusão de curso, que será orientado pela Profa. Dra. Luciana Barcellos Teixeira.

Dra. Daniela Riva Kaunth