MÓNICA CECILIA DE LA TORRE UGARTE GUANILO

VULNERABILIDADE
FEMININA AO HIV: METASSÍNTESE

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de
Mestre.

Área de concentração:
Enfermagem em Saúde Coletiva

Orientadora:
Profa. Dra. Renata Ferreira Takahashi

SÃO PAULO

2008

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO,
POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE
ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

De la Torre-Ugarte-Guanilo, Mónica Cecilia.
Vulnerabilidade feminina ao HIV: metassíntese / Mónica
Cecilia De la Torre Ugarte-Guanilo. – São Paulo, 2008.
215 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo.
Orientadora: Profa. Dra. Renata Ferreira Takahashi.

1. Vulnerabilidade	2. HIV	3. Mulher
4. Pesquisa qualitativa	5. Enfermagem	6. Revisão Sistemática

Nome: Mónica Cecilia De la Torre Ugarte Guanilo
Título: “Vulnerabilidade Feminina ao HIV: Metassíntese”

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de Mestre.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Profa. Dra. Maria Rita Bertolozzi

Instituição: Escola de Enfermagem
da Universidade de São Paulo

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Profa. Dra. Cleide Lavieri Martins

Instituição: Faculdade de Saúde
Pública da Universidade de São
Paulo

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Profa. Dra. Renata Ferreira Takahashi

Instituição: Escola de Enfermagem
da Universidade de São Paulo

Julgamento: _____

Assinatura: _____

DEDICATÓRIAS

A meus pais, Eulalio e Susana, minha eterna gratidão. Pelos cuidados e amor que sempre recebi. De maneira especial por apoiar e compreender meus sonhos. Por formarem parte de cada passo andado e de cada objetivo cumprido.

Aos meus irmãos, Luisa, José Eduardo e José Carlos, porque mesmo na distância sempre estiveram presentes. E aos meus sobrinhos José Eduardo e Mariângela, pela enorme alegria que o nascimento de vocês trouxe a minha vida.

É muito bom ter vocês sempre por perto!

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À Profa. Dra. Renata Ferreira Takahashi

*Pela amizade, apoio, compreensão e transmissão
de seus conhecimentos com seriedade, por estar
sempre presente e por me direcionar nesta
caminhada.*

*“Não se pode ensinar tudo a alguém, pode-se
apenas ajudá-lo a encontrar por si mesmo”
Galileu Galilei*

AGRADECIMENTOS

A Deus pela vida, por estar sempre ao meu lado e pela bênção maior: minha família.

As minhas queridas amigas:

À Roxana e Márcia, pela amizade, carinho e por estarem sempre prestes a escutar, por todos os momentos em que tiveram uma palavra de conforto e por compartilharem a alegria que o pequeno André trouxe em nossas vidas.

Yolanda, Ana, Kátia e Sandra, pelo carinho e amizade demonstrados em momentos especiais da minha vida, mesmo na distância.

À minha querida prima Marita, pela amizade e apoio em todos os momentos. Por compartilhar meu sonho desde os primeiros momentos e pelo tempo que compartilhamos juntas desde minha vinda ao Brasil.

À Adriana e Patrícia pelos momentos vividos, pela compreensão, apoio e amizade. É bom saber que vocês estão por perto.

À Paulinha, pela amizade e apoio incondicional nesta etapa final do trabalho.

À Vanessa, pela amizade e carinho. Pelos momentos de muita alegria com nossas mães, muito obrigada!

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, pela concessão da bolsa de mestrado.

Enfim, agradeço a todos que participaram e contribuíram de alguma maneira na realização deste trabalho.

As melhores coisas do mundo não se podem ver nem tocar. Elas devem ser sentidas com o coração.

(Charles Chaplin)

De la Torre-Ugarte-Guanilo MC. Vulnerabilidade feminina ao HIV: Metassíntese. [Dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

RESUMO

No Brasil, como em diferentes partes do mundo, observa-se que a epidemia da aids atinge de forma crescente o segmento feminino, apesar das ações para deter sua disseminação. Uma das limitações das intervenções de controle foi a utilização do conceito de risco para nortear as ações preventivas à transmissão do *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), uma vez que não incorporavam a possibilidade de resposta social no seu enfrentamento e eram direcionadas para uma parcela da população, excluindo outros grupos sociais, gerando estigma e discriminação. O conceito de vulnerabilidade surgiu posteriormente ao conceito de risco, tendo como pressuposto que todas as pessoas são vulneráveis ao HIV e que a infecção é determinada por três planos interdependentes - dimensão individual, social e programática. Este trabalho teve como objetivo identificar os elementos da vulnerabilidade feminina ao HIV/AIDS, por meio de uma revisão sistemática da literatura denominada metassíntese. Realizou-se uma busca exaustiva nas bases de diferentes áreas de conhecimento: CINAHL; PubMed, OVID, Web of Science, LILACS, CAPES-BDTD, DEDALUS, no período de 1996 a 2007. Após o teste da estratégia de dados e análise dos estudos foram selecionados 54 estudos realizados na América do Norte, do Sul e Central, África e Ásia. Identificaram-se 44 elementos que, na interação, determinaram a vulnerabilidade feminina ao HIV. O agrupamento desses elementos, segundo sua temática central, resultou em: normas sociais; imigração; contexto do relacionamento estável; condição socioeconômica insuficiente; contexto socioeconômico do país; gestão dos serviços de saúde. Constatou-se que os elementos determinaram a vulnerabilidade da mulher ao HIV de forma semelhante, independente das faixas etárias e do país em que foram desenvolvidos e estiveram presentes ao longo do tempo. As pequenas diferenças nas associações entre os elementos corresponderam às características do contexto social das mulheres estudadas. No entanto, no cálculo do tamanho do efeito por temática, identificou-se que os elementos da vulnerabilidade ao HIV relacionados ao “contexto do relacionamento sexual estável”, à “condição socioeconômica insuficiente” e às “normas sociais”, influenciaram de forma intensa a vulnerabilidade feminina ao HIV. A metassíntese permitiu identificar os elementos da vulnerabilidade definidos previamente, distribuí-los nas três dimensões e identificar outros, entre os quais se destaca a migração.

PALAVRAS-CHAVE: Vulnerabilidade. HIV. Mulher. Pesquisa Qualitativa. Enfermagem. Revisão Sistemática da literatura.

De la Torre-Ugarte-Guanilo MC. Womens's vulnerability to HIV: Metasynthesis. [Dissertation]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

ABSTRACT

In Brazil, as in different parts of the world, it has been observed that the aids epidemic has been growing among the female segment, despite the actions to deter its dissemination. One of the limitations of the interventions of control was the utilization of the risk concept for guiding the preventive actions in the transmission of Human Immunodeficiency Virus (HIV). The risk concept does not incorporate the possibility of social response in its confrontation, and has been directed to only a small parcel of the population thereby, excluding other social groups thus generating stigma and discrimination. The vulnerability concept appears, after the risk concept, having as a predisposition that all people are vulnerable to the HIV and, that infection is determined by three interdependent plans - individual, social and programmatic dimension. This research had as its objective, to identify the elements of female vulnerability to HIV/AIDS, by way of a systematic revision of literature known as metasynthesis. An exhausting search in the bases of different knowledge areas was done: CINAHL; PubMed, OVID, Web of Science, LILACS, CAPES-BDTD, DEDALUS, from 1996 to 2007. After the data strategy test and study analysis, 54 studies performed in North, South and Central America, Africa and Asia were selected. Forty Four elements were identified, that through interaction determined the female vulnerability to the HIV. The grouping of these elements, according their central thematic, resulted in: social norms; immigration; context of a steady relationship; insufficient socioeconomic conditions; socioeconomic context of the country; management of health services. It was evidenced that these elements determined the vulnerability of women to the HIV in a similar manner, independent of the age group and the country where they were performed. They had been present for the duration of the time. The little differences in the associations between the elements corresponded to the characteristics of the social context of the women studied. However, in the calculation of the size of effect for thematic it was identified that the elements of vulnerability to the HIV were related to the "context of a stable sexual relationship", "insufficient socioeconomic conditions" and "social norms" had strongly influenced the female vulnerability to the HIV. Metasynthesis has allowed the identification of the elements of vulnerability previously defined, distributes them in three dimensions and identifies others, of which highlight the migration.

KEYWORDS-: Vulnerability. HIV. Woman. Qualitative Research. Nursing. Systematic Revision of literature.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Descritores primários e secundários, segundo ano de indexação, hierarquia na árvore dos descritores e forma a ser considerada na busca nas Bases de Dados. São Paulo - 2007	40
Quadro 2 -	Relação de estudos excluídos das bases de dados PubMed, LILACS, OVID, Web of Science, CINAHL, BDTD e DEDALUS, segundo código, objetivo e motivo da exclusão. São Paulo - 2008	195
Quadro 3 -	Relação de estudos incluídos das bases de dados PubMed, LILACS, OVID, Web of Science, CINAHL, BDTD e DEDALUS, segundo código, autoria e título do estudo. São Paulo - 2008	199
Quadro 4 -	Relação de estudos excluídos da base de dados PubMed, LILACS, OVID, Web of Science, CINAHL, BDTD e DEDALUS, segundo código, autoria e título do estudo. São Paulo - 2008	202
Quadro 5 -	Estudos incluídos das bases de dados PubMed, LILACS, OVID, Web of Science, CINAHL, BDTD e DEDALUS, distribuídos segundo país da pesquisa e organizados, segundo código, área de conhecimento, instituição de procedência do autor, idioma, tipo de publicação e estudo, ano da pesquisa e procedência da população em estudo. São Paulo - 2008	205
Quadro 6 -	Estudos distribuídos, segundo período de desenvolvimento da pesquisa, país e temáticas abordas. São Paulo - 2008	58
Quadro 7 -	Elementos da dimensão individual da vulnerabilidade identificados no conceito da vulnerabilidade e nas evidências científicas. São Paulo - 2008	59
Quadro 8 -	Elementos da dimensão programática da vulnerabilidade identificados no conceito da vulnerabilidade e nas evidências científicas, São Paulo - 2008	60
Quadro 9 -	Elementos da dimensão social da vulnerabilidade identificados no conceito de vulnerabilidade e nas evidências científicas, São Paulo - 2008	60
Quadro 10 -	Elementos de vulnerabilidade feminina ao HIV, segundo o tema central normas sociais. São Paulo - 2008	62
Quadro 11 -	Elementos de vulnerabilidade feminina ao HIV, segundo o tema central migração. São Paulo - 2008	71
Quadro 12 -	Elementos de vulnerabilidade feminina ao HIV, segundo o tema central contexto do relacionamento sexual estável. São Paulo - 2008	78
Quadro 13 -	Elementos de vulnerabilidade feminina ao HIV, segundo o tema central condição econômica insuficiente. São Paulo - 2008	86
Quadro 14 -	Elementos de vulnerabilidade feminina ao HIV, segundo o tema central contexto socioeconômico do país. São Paulo - 2008	93
Quadro 15 -	Elementos de vulnerabilidade feminina ao HIV, segundo o tema central gestão de saúde. São Paulo - 2008	98

LISTA DE SIGLAS

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
BDTD	Biblioteca Digital de Teses e Dissertações
EBM	Evidence Based Medicine
BIREME	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CASP	Critical Appraisal Skills Programme
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CONACYT	Consejo Nacional de Ciencias y Tecnología
DEDALUS	Banco de Dados Bibliográficos da Universidade de São Paulo
DST	Doenças sexualmente transmissíveis
EBE	Enfermagem Baseada em Evidência
ECRC	Ensaio clínico randomizado controlado
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IES	Instituições de Educação Superior
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MeSH	Medical Subject Heading
ONG	Organizações não-governamentais
PBE	Prática baseada em evidências
PeriEnf	Periódicos de Enfermagem
PNDST/AIDS	Programa Nacional de DST/AIDS
SIBiNET	Sistema Integrado de Bibliotecas da Universidade de São Paulo
UDI	Usuário de drogas injetáveis
UNAIDS	United Nations Joint Programme on HIV/AIDS

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	A EPIDEMIA HIV/AIDS	14
1.2	AÇÕES DE PREVENÇÃO E CONTROLE DA INFECÇÃO PELO HIV NO BRASIL	16
1.3	EVOLUÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE PREVENÇÃO E CONTROLE DA AIDS VOLTADAS PARA O SEGMENTO FEMININO	17
2	OBJETIVO	22
3	METODOLOGIA	
3.1	REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	23
3.1.1	Prática Baseada em Evidências	23
3.1.2	Revisão Sistemática	25
3.1.3	Metassíntese	26
3.2	ETAPAS DO ESTUDO	
3.2.1	Pergunta de pesquisa	31
3.2.2	Fontes de busca de dados	32
3.2.3	Parâmetros da pesquisa: critérios de inclusão	33
3.2.3.1	Estratégia de busca nas bases de dados	37
3.2.4	Avaliação dos estudos	50
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	
4.1	Caracterização das publicações	54
4.2	Metaresumo e Metassíntese	59
5.	CONCLUSÕES	111
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	113
	APÊNDICES	126
	ANEXOS	212

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, como em diferentes partes do mundo, observa-se que a epidemia da *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (aids) atinge, de forma crescente, o segmento feminino, apesar das ações para deter sua disseminação (UNAIDS, 2006a; Brasil, 2005b).

Pode-se afirmar que uma das limitações que caracterizam a maioria das ações preventivas à transmissão do *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) reside na sua fundamentação no conceito de risco, uma vez que o alcance das intervenções não incorpora a possibilidade de resposta social no seu enfrentamento (Ayres, Calazans, Saletti Filho, et al. 2006).

Além disso, as análises iniciais da epidemia de aids, ancoradas nesse conceito, nortearam práticas de prevenção para grupos sociais específicos, denominados de “grupos de risco” e, posteriormente, de “comportamentos de risco”, contribuindo para a disseminação da doença em outros segmentos populacionais, dentre os quais se destaca o das mulheres (Delor, Hubert, 2000).

No Brasil e no mundo, desde a segunda metade da década de 1990, essas lacunas nas intervenções produziram mudanças nos perfis da epidemia, as que evidenciaram o acometimento de pessoas com características diferentes dos grupos de risco, revelando uma realidade mundial: pouca efetividade das ações de prevenção para impedir o avanço da doença, quando focadas apenas em mudanças comportamentais individuais (Brasil, 2007b, UNAIDS, 2006a; Brasil, 2005b).

Foi nessa época que um grupo de pesquisadores propôs analisar a epidemia da aids, a partir de um outro conceito conhecido como vulnerabilidade (Mann, Tarantola, Netter, 1993).

Na perspectiva da vulnerabilidade, todos os sujeitos estão vulneráveis à infecção pelo HIV e esta resulta não só de condições relativas ao indivíduo, mas também ao coletivo, à existência de políticas públicas e à disponibilidade de recursos. Em decorrência disso, analisar a epidemia da aids, na ótica da vulnerabilidade, implica em considerar três dimensões: a individual, a social e a programática (Mann, Tarantola, Netter, 1993; Ayres, Calazans, Saletti Filho, et al., 2006).

Na revisão bibliográfica realizada durante a elaboração do projeto de pesquisa do presente estudo, verificou-se que a maioria da produção científica identificada estava centrada em “comportamentos de risco”, desconsiderando outros determinantes da ocorrência da infecção, como por exemplo, o contexto social. Ainda, a maioria dos estudos que adotaram como referencial o conceito de vulnerabilidade explorou, em especial, os aspectos vinculados à dimensão individual, produzindo evidências incompletas sobre os determinantes e condicionantes da infecção pelo HIV, dificultando, muitas vezes, a caracterização da vulnerabilidade feminina à aids, de forma tal que os resultados pouco puderam subsidiar intervenções efetivas para o seu controle.

Este trabalho teve como objeto de estudo os elementos da vulnerabilidade feminina à infecção pelo HIV, nas dimensões individual, social e programática. Visa a identificar estes elementos, por meio de uma revisão sistemática da literatura científica, denominada de metassíntese, no intuito de consolidar, de forma coerente, a produção científica identificada, mantendo os contextos teóricos, metodológicos e sociais dessas investigações.

A finalidade deste estudo foi subsidiar a elaboração de marcadores da vulnerabilidade à infecção pelo HIV do segmento feminino, dando continuidade a uma pesquisa, em que foram identificados marcadores genéricos da vulnerabilidade ao HIV (Takahashi, 2007). A relevância da construção de tais indicadores é fato, ao se considerar que estes poderão auxiliar a avaliação da vulnerabilidade das mulheres de um dado território, bem como permitir não só a eleição de grupos populacionais para o desenvolvimento de ações de prevenção, mas também a seleção de atividades, tendo como base a caracterização das condições que as tornam vulneráveis.

1.1 A EPIDEMIA HIV/AIDS

Após a identificação do primeiro caso de infecção por HIV, em 1981, nos Estados Unidos, a transmissão desse vírus ocorreu rapidamente para pessoas de diferentes países do mundo, resultando, em poucos anos, em uma pandemia que se

exterioriza nas 33,2 milhões de pessoas infectadas com o HIV, no mundo, em 2007 (ONUSIDA, OMS, 2007).

Na América Latina e no mundo, o perfil epidemiológico da epidemia sofreu mudanças na distribuição dos casos notificados, segundo a forma de transmissão e características sociodemográficas, resultando em alguns fenômenos, dentre os quais se destacam a pauperização, juvenização e feminização da epidemia (UNAIDS, 2006a; Brasil, 2005b).

No Brasil, a população feminina foi progressivamente atingida pelo HIV, evidenciando mudanças na relação homem/mulher, que foi de 40,0, em 1983, para 1,9, em 1998. Desde então, vem se observando uma lenta diminuição da incidência no setor feminino. No entanto, a evolução da epidemia não foi homogênea em todo o país. No Estado de São Paulo, a proporção cada vez maior de mulheres e cada vez menor de homens atingidos pelo vírus evidencia-se por uma razão homem/mulher de 27:1 em 1984 e de 2:1 em 1996, proporção que se manteve estável até 2007. Similar evolução foi observada no município de São Paulo, que foi de 70:1 em 1984 para 2:1 até 2006 (Brasil, 2007b; São Paulo (Estado), 2007; São Paulo (Município), 2007).

Sabe-se que, no Brasil, em relação à proporção do total de mulheres acometidas pelo HIV/AIDS, as mulheres em idade reprodutiva, entre 25 e 39 anos, constituem o grupo mais atingido. Uma das explicações para esta situação é de que, embora essas mulheres tenham um conhecimento correto sobre a forma de transmissão do vírus, apenas 16.3% usam o preservativo, por acreditarem que não possuem risco de contrair alguma doença sexualmente transmissível (DST), dado o relacionamento estável e exclusivo (Brasil, 2005a). Informação preocupante já que, é corrente o homem heterossexual considerar a infidelidade masculina um comportamento natural e o uso da camisinha, uma decisão exclusiva deles (Guerreiro, Ayres, Hearst, 2002).

Os dados, mais uma vez, reiteram a necessidade de ações efetivas para a prevenção da aids em mulheres, além de tornar evidente que as conseqüências da infecção neste segmento social alcançam outro grupo, face à vulnerabilidade das crianças geradas posteriormente à infecção da mãe. Dados confirmam que a possibilidade da transmissão do HIV permanece para uma parcela expressiva de gestantes, visto que, até o ano 2001, apenas 40% das 17.000 gestantes brasileiras infectadas pelo HIV foram detectadas e tratadas (Brasil, 2005b).

1.2 AÇÕES DE PREVENÇÃO E CONTROLE DA INFECÇÃO PELO HIV NO BRASIL

Desde 1986, o Governo Brasileiro promove diversas medidas para conter a epidemia HIV/AIDS, iniciadas a partir da criação do Programa Nacional de DST/AIDS. Dentre elas destacam-se o estabelecimento da obrigatoriedade do teste anti-HIV, detecção de anticorpos anti-HIV, em todos os bancos de sangue no Brasil; a criação de Centros de Orientação e Apoio Sorológico, em 1987; o fornecimento de medicamentos para profilaxia e tratamento das infecções oportunistas, em 1988; a distribuição gratuita e universal de anti-retrovirais, em 1991 e a implantação do Programa de Prevenção às DST/HIV/AIDS nas escolas, em 1992 (Brasil, 2005a, 2005b).

Em 1993, foram estabelecidas diversas modalidades de serviços de assistência, conhecidas como: Serviços de Ambulatórios Especializados, Hospitais-dia, Serviços de Assistência Domiciliar Terapêutica. Foram criados com finalidades distintas, mas articulados aos serviços de saúde, vinculados à atenção básica já existente, como os serviços de prevenção e controle das DSTs, os Centros de Testagem e Aconselhamento, visando a fortalecer os serviços disponíveis, em termos de maior resolutividade diagnóstica e terapêutica, além de aprimorar os mecanismos de referência e contra-referência entre os serviços públicos de saúde (Brasil, 2005a, 2005b).

Em 1994, adotou-se a “Estratégia de redução de danos” para a promoção da troca de seringas e redução do seu compartilhamento, entre usuários de drogas injetáveis; em 1985, criou-se o Grupo de Apoio à Prevenção de Aids, a primeira Organização não-governamental (ONG) de luta contra aids do país. Assim também, foi imperioso o aumento progressivo de programas específicos para os grupos considerados mais vulneráveis: como homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo e população carcerária (Brasil, 2005b).

Em 2002, com o interesse de reduzir a transmissão vertical implantou-se o Projeto Nascer-Maternidades, estabeleceu-se a terapia anti-retroviral combinada com

o parto por cesárea eletiva¹ e a ampliação da cobertura do acompanhamento pré-natal (Brasil, 2005a, 2005b).

Desde 2001, todas essas ações contribuíram para o reconhecimento internacional do Programa Nacional de DST/AIDS (PNDST/AIDS), pelo fornecimento universal e gratuito da terapia anti-retroviral e pelas suas ações que possibilitam a desaceleração da epidemia em: hemofílicos, em pessoas com transfusões, em homossexuais e em usuários de drogas intravenosas (Brasil, 2005b).

Contudo, apesar dos avanços do PNDST/AIDS, é importante reconhecer que persistem desafios que carecem de superação como: o controle e a prevenção da transmissão do vírus no segmento feminino (Brasil, 2005a). Talvez porque as ações de prevenção vêm desconsiderando a infecção como resultante de determinantes próprios da mulher (individuais), determinantes presentes no grupo social onde se insere (sociais) e determinantes presentes no contexto econômico, político e cultural (estruturais) que a influenciam (Brasil, 1999, 2006).

Em decorrência disso, o Ministério da Saúde brasileiro, em 2007, lançou o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da epidemia de aids e outras DSTs, o qual visa a controlar a disseminação da epidemia do HIV/AIDS e outras DSTs entre as mulheres, por meio da redução das múltiplas vulnerabilidades que as tornam mais susceptíveis à infecção (Brasil, 2007a).

1.3 EVOLUÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE PREVENÇÃO E CONTROLE DA AIDS VOLTADAS PARA O SEGMENTO FEMININO

No Brasil, a análise da evolução do perfil epidemiológico da infecção pelo HIV/AIDS explicita um patamar cada vez maior de mulheres atingidas pelo vírus (Brasil, 2007a).

No início da epidemia, a associação entre a transmissão do HIV e as características das pessoas acometidas foi determinante na definição das ações de controle da doença, dirigidas para grupos específicos, sendo que a pertença a tais

¹ Refere-se ao parto planejado por via cesárea com membranas íntegras, sem início do trabalho de parto.

grupos era necessária para considerá-los de risco à infecção, como os homossexuais, haitianos, hemofílicos e usuários de drogas. Nesse período, as ações de prevenção buscavam criar barreiras entre infectados e susceptíveis, atingindo apenas uma parcela mínima das mulheres (Brasil, 2007a; Delor, Hubert, 2000).

Posteriormente, a compreensão da transmissão do vírus esteve relacionada a “comportamentos de risco”, sendo que, a despeito da pertença a determinados grupos, considerava-se que o vírus era transmitido por meio da penetração anal ou vaginal sem proteção com parceiro cujo estado de HIV era desconhecido, ou seja, em qualquer relação sexual não protegida, com um ou múltiplos parceiros. Nesse contexto, as ações de prevenção, baseadas na informação, foram também dirigidas às trabalhadoras sexuais, não obstante não abrangiam todo o grupo social feminino, uma vez que se excluíram aquelas que não foram consideradas com “comportamentos de risco” (Brasil, 2007a; Delor, Hubert, 2000).

Tais ações foram criticadas por movimentos sociais organizados que enfatizavam ser a mudança de comportamento resultante, não somente do acúmulo de informações, mas da vontade do indivíduo condicionada pela disponibilidade de recursos culturais, econômicos e políticos, desigualmente distribuídos entre os sexos e segmentos sociais. Outra crítica a essas ações diz respeito à evidência epidemiológica de que a velocidade de expansão da epidemia era maior nos países pobres, afetando determinados grupos sociais, como mulheres e adolescentes. Problemas que evidenciavam a ineficiência das ações de prevenção baseadas em “comportamentos de risco” (Ayres, Calazans, Saletti Filho, et al. 2006).

A identificação de novos rumos da epidemia motivou um grupo de pesquisadores, vinculados à Coalizão Global de Políticas contra a aids, a propor em 1996, um novo instrumental, ancorado no conceito de vulnerabilidade - oriundo da área de Direitos Humanos-, buscando ter melhor compreensão da epidemia, bem como embasar as intervenções para contê-la (Mann, Tarantola, 1996).

Essa última interpretação da epidemia corresponde ao terceiro período, correspondente à década de 1990. Nesse conceito, reconhece-se que todos os sujeitos são vulneráveis ao HIV, ainda que essa vulnerabilidade possa ser influenciada por elementos ou condições intrínsecas ao contexto social e programático. Elementos interdependentes abrangendo aspectos referentes a iniquidades de gênero, distribuição desigual de economia e poder, independência econômica, instabilidade

de emprego, marginalização social, recursos sociais, políticas públicas, acesso aos serviços de saúde e às informações adequadas e atualizadas, padrões culturais e de religião, violência sexual e doméstica, entre outros (Brasil, 2007a; ONUSIDA, 1998).

Do conceito de vulnerabilidade depreende-se que as ações baseadas apenas na informação não são suficientes para a prevenção do HIV, mas sim, aquelas que envolvem meios que fortalecem os sujeitos, de forma a capacitá-los para transformar seus conhecimentos em práticas, protegendo-os da infecção. Dessa maneira, todos, sejam homens, mulheres, crianças, adultos, jovens ou idosos, independente do grupo ao qual pertencem ou de suas características, devem ser alvos da prevenção. No entanto, é indiscutível que suas necessidades são distintas, devendo ser consideradas no planejamento de tais ações. Por outro lado, deve-se levar em conta a vulnerabilidade derivada da forma como são estabelecidas as políticas públicas e a disponibilidade dos serviços públicos para o controle da doença, bem como o exercício dos direitos humanos (ONUSIDA, 1998, 2005; UNAIDS, 2006b).

Os pressupostos dos conceitos de vulnerabilidade e de risco, para a análise da epidemia, são distintos. As ações baseadas no conceito de risco evocam a probabilidade de contrair o vírus e as ações são norteadas para modificar o comportamento individual, já aquelas fundamentadas no conceito de vulnerabilidade consideram, além dos aspectos pessoais, as desigualdades e iniquidades sociais, as ações relacionadas aos serviços de saúde e abrangem intervenções na dimensão estrutural, privilegiando o respeito aos direitos humanos em qualquer das ações de intervenção (Bronfman, 1999).

Assim sendo, na perspectiva da vulnerabilidade, o enfrentamento da epidemia feminina do HIV deve ser ampliado, propondo-se ações que extrapolem a esfera individual e contemplem os aspectos culturais, políticos, morais e materiais envolvidos na ocorrência da infecção, ou seja, os fatores contextuais determinantes da vulnerabilidade. O Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e outras DSTs explicita a necessidade de aprimorar esforços centrados na redução dos elementos associados à vulnerabilidade, nas dimensões social, individual e programática (Brasil, 2007a).

No entanto, ainda há lacunas na produção de conhecimento sobre essa temática como mostrou uma revisão bibliográfica realizada recentemente (De-la-Torre-Ugarte-Guanilo, 2007).

Essa revisão compreendeu a identificação da produção científica sobre a vulnerabilidade de mulheres ao HIV, no período de 1990 a 2006, abrangendo as bases de dados LILACS, PubMed, PeriEnf (Periódicos de Enfermagem), CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature-Base de Dados de Enfermagem e áreas afins), DEDALUS (Banco de Dados Bibliográficos da Universidade de São Paulo) e Portal do Ministério da Saúde do Brasil.

Foram identificados resumos de 26 trabalhos, publicados em inglês, espanhol e português, no período de 1990 a 2006. Na leitura dos resumos, constatou-se que a maioria (19) versou sobre fatores de risco para a transmissão do HIV em mulheres, e apenas 07 tratavam da vulnerabilidade feminina.

O primeiro grupo abordou fatores de risco em mulheres: casadas ou com relacionamento estável (05), baixo nível econômico (04), encarceradas (03), usuárias de drogas (02), e não especificou o recorte na amostra (05). Os fatores de risco identificados entre as mulheres casadas ou em relação estável foram: crença na fidelidade do parceiro, sexo anal, uso inconsistente do preservativo, sangramento vaginal pós-coito e violência conjugal. Nas mulheres de baixo nível socioeconômico, foram destaques, no tocante ao risco ao HIV, as atitudes desfavoráveis relacionadas ao uso do preservativo, o abuso físico na infância e o uso de drogas ilícitas. Já nas mulheres encarceradas, observou-se o abuso de substâncias ilícitas, múltiplos parceiros, parceiro não estável ou parceiro único, uso inconsistente do preservativo, baixo nível de educação, violência, abuso sexual. Nas mulheres usuárias de drogas, a violência do parceiro e o uso inconsistente do preservativo constituíram as situações de risco ao HIV.

Nas investigações que não especificaram a população de estudo, foram relatados os seguintes fatores de risco: parceiro único, parceiro soropositivo ou UDI, baixo nível de educação, infecções com DST, história de abuso sexual, doenças psiquiátricas.

As pesquisas em que se analisou a vulnerabilidade tiveram como grupo de estudo mulheres caracterizadas como trabalhadoras sexuais (02), e casadas/ou com relação estável (02); três estudos não especificaram o segmento feminino estudado.

A vulnerabilidade das mulheres ao HIV foi classificada e descrita segundo as três dimensões, conforme se segue.

Na dimensão individual, consideraram-se: a dificuldade para mudar hábitos diante do contexto social das trabalhadoras sexuais; as limitações no relacionamento conjugal, relacionadas às questões de gênero e a não-adoção das medidas preventivas, associada a sentimentos de segurança face à fidelidade do parceiro, entre as mulheres casadas ou com relacionamento estável; o uso de drogas entre as trabalhadoras sexuais informais.

Na dimensão social, identificaram-se: a violência como condição do cotidiano, as condições assimétricas de poder, as desigualdades sociais e de gênero que moldaram as condições de vinculação afetiva e as representações sobre os relacionamentos conjugais. Nas trabalhadoras sexuais informais, se destacaram a exposição à violência, a coerção de clientes e dificuldades relativas ao uso do preservativo, a história de exclusão social e a ausência de proteção legal.

A revisão permitiu verificar que a abordagem da maioria dos estudos incidiu sobre fatores de risco e não na caracterização ou análise da vulnerabilidade ao HIV. Ainda, constatou-se que a dimensão individual foi explorada na totalidade dos estudos, não ocorrendo o mesmo com a dimensão programática e, em poucos deles, foram referidos alguns aspectos da dimensão social. Não foram identificados estudos que enfocassem os elementos da vulnerabilidade ao HIV de forma ampla e completa que pudessem subsidiar o aprimoramento das ações de prevenção ao HIV em mulheres.

Diante dos resultados descritos acima, se considerou relevante a realização de uma revisão sistemática da literatura científica sobre a temática, visando a identificar os elementos integrantes da vulnerabilidade de mulheres à infecção pelo HIV.

A finalidade para a qual esta pesquisa foi desenvolvida se fundamenta em produzir subsídios para ações de prevenção da transmissão do HIV em mulheres brasileiras, dada a feminização da epidemia no país. Assim sendo, os resultados desta pesquisa devem ser utilizados como um instrumento para avaliar a vulnerabilidade da mulher ao HIV e planejar intervenções que levem em conta as especificidades do grupo social em que a mulher está inserida. Contudo, esta pesquisa não tem intenção de apresentar esses elementos de forma imperativa, dado que as evidências refletem realidades de contextos sociais particulares.

2 OBJETIVO

- ✓ Identificar os elementos da vulnerabilidade feminina ao HIV/AIDS, nas dimensões individual, social e programática.

3 METODOLOGIA

3.1 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura científica na modalidade denominada metassíntese.

3.1.1 Prática Baseada em Evidências

Na década de 1980, um grupo de médicos pesquisadores canadenses da Universidade de Mc Máster, motivados pelo interesse de melhorar os resultados da prática clínica e a qualidade do ensino, propôs a prática baseada em evidências (PBE). Dado que, inicialmente, esteve limitada à área médica, foi denominada como Medicina Baseada em Evidências (*Evidence Based Medicine* - EBM) (Caliri, 2002).

O Reino Unido foi o segundo país na implantação da EBM e adotou-a como modelo nacional para a prestação de serviços de saúde, na área médica e de enfermagem, conhecida como Enfermagem Baseada em Evidência (EBE). Neste país, em 1992, foi criado o primeiro Centro Cochrane, no intuito de realizar e orientar as revisões sistemáticas, divulgar seus resultados e mantê-las atualizadas para subsidiar a PBE (Caliri, 2002).

Posteriormente, foram criados outros Centros Cochrane em diferentes países, não obstante limitado ao âmbito das ciências médicas, como é o caso do Centro Cochrane brasileiro².

² Página web do Centro Cochrane brasileiro: <http://www.centrocochranedobrasil.org.br/>

Progressivamente, a área de enfermagem passou a utilizar a PBE, buscando integrar evidências científicas, experiência clínica e particularidades do paciente, na tomada de decisões relacionadas ao cuidado clínico do paciente. Por estar voltada apenas para melhorar as ações clínicas, privilegiaram-se as revisões sistemáticas baseadas em resultados de pesquisas quantitativas, em especial as provenientes de ensaios clínicos randomizados controlados, uma vez que possibilitava o desenvolvimento da metanálise. A análise, na revisão sistemática, outorga às evidências maior força científica, podendo ser generalizadas. O privilégio dos resultados das pesquisas quantitativas em detrimento das qualitativas manteve-se por muitos anos. Nesses anos, conferia-se aos resultados da pesquisa qualitativa pouca ou nenhuma evidência científica (Sandelowski, Barroso, 2003a).

Quando a PBE abriu suas fronteiras para além da prática clínica, cresceu a valorização da pesquisa qualitativa. Iniciando-se revisões sistemáticas ou integração de estudos qualitativos, visando a subsidiar as práticas de saúde; a tomada de decisões de gestores de programas de saúde e de governantes políticos; a avaliação de manuais; a formulação de diretrizes de saúde; a incorporação da perspectiva de usuários dos serviços de saúde no planejamento destes; o monitoramento e avaliação de ações; com vistas à validação de um programa; serviço ou política. Além disso, tais revisões podem subsidiar a abordagem dos determinantes sociais da saúde, permitindo melhor compreensão da influência do contexto social, político e econômico nos processos saúde-doença (Sandelowski, Barroso, 2003c).

Em relação à generalização dos resultados de pesquisas qualitativas, há discordância entre os autores. Aqueles que são contrários justificam algumas características dos estudos, como: amostras pequenas e não representativas, procedimentos “subjetivos”. Outros autores apontam a metassíntese³ de pesquisas qualitativas, através da qual se alcançam patamares analíticos superiores, permitindo a generalização das pesquisas qualitativas e sua aplicabilidade na PBE (Sandelowski, Docherty, Emden, 1997; Sandelowski, Barroso, 2003d).

Em decorrência dos esforços para valorizar e legitimar os resultados de pesquisas qualitativas, foram instituídos vários Centros de Grupos Internacionais

³ Metassíntese é também conhecida como Metassíntese qualitativa, metanálise qualitativa, metadada análise qualitativa e metaetnografia (Sandelowski, Barroso, 2003) [Toward a Metasynthesis of qualitative findings on motherhood in HIV-positive women].

Cochrane específicos para pesquisas qualitativas^{4,5}, existindo dez, atualmente. Esses centros visam a incrementar a importância das evidências de pesquisas qualitativas como guia das práticas de saúde, estabelecer enfoques apropriados para revisões sistemáticas de evidências qualitativas e treinar revisores interessados em desenvolver revisões sistemáticas de pesquisas qualitativas.

Do acima exposto, poder-se-ia dizer que perguntas referentes ao contexto clínico privilegiam evidências de pesquisas quantitativas e perguntas voltadas ao contexto social ou temas de saúde complexos requerem evidências provenientes de pesquisas tanto quantitativas quanto qualitativas. Em decorrência disso, a eleição do tipo de evidência que embasa a PBE dependerá da natureza da pergunta de pesquisa a ser respondida (Ploeg, 1999).

A evidência científica que embasa a PBE fundamenta-se na revisão sistemática de literatura, a qual se diferencia segundo o tipo de resultado desejado e de estudos de interesse, seja quantitativo ou qualitativo (Flemming, 1998).

3.1.2 Revisão Sistemática

A denominação Revisão Sistemática foi outorgada à primeira revisão desenvolvida de forma sistemática, voltada para integrar as evidências de pesquisas a PBE na área clínica. Posteriormente, à medida que a PBE se estendeu para outras áreas foram desenvolvidas outras formas de revisões, como: Metaestudo, Revisão Integrativa e Metassíntese (Moacyr, Wanderley, 2001; Paterson, Thorne, Canam, et al., 2001).

A Revisão Sistemática é um método de revisão da literatura científica que inclui pesquisas quantitativas, publicadas e não publicadas, para auxiliar a tomada de decisões na prática clínica, em termos de etiologia, diagnóstico, terapia e prognóstico, assim como identifica lacunas cognitivas em que são necessárias novas

⁴ <http://www.joannabriggs.edu.au/cqrmg/>

⁵ <http://www.lancs.ac.uk/fass/ihr/research/public/cochrane.htm>

pesquisas. Quando os resultados da pesquisa derivam de ensaios clínicos randomizados controlados (ECRC), pode-se desenvolver uma metanálise, em que os resultados dos diferentes estudos são somados, de modo a obter um único resultado final com maior precisão e intervalo de confiança. Quando os resultados não provêm de ECRC, não pode aplicar-se a metanálise, e o trabalho se limita a uma revisão narrativa dos resultados, considerada insuficiente para orientar tomada de decisão na área clínica (Moacyr, Wanderley, 2001).

A Revisão Integrativa também é um método de revisão sistemática, mas abrange pesquisas quantitativas e qualitativas. Visa a auxiliar a compreensão de um fenômeno, em termos de definição de conceitos, revisão de teorias e de evidências e contribuir para o desenvolvimento de teorias. Também auxilia a tomada de decisões referentes a ações e intervenções mais efetivas. Tem a vantagem de minimizar os efeitos de subjetividade, aumentar a confiabilidade e profundidade das conclusões da revisão e, assim, fazer generalizações. Os resultados são sintetizados segundo os tipos de estudos e podem ser aplicados de forma direta nas práticas de saúde e política (Whittemore, Knafl, 2005).

A revisão sistemática denominada de Metaestudo constitui um método de revisão sistemática de estudos qualitativos, com a finalidade de desenvolver novas teorias, expandir teorias ou gerar políticas de saúde ou sociais. Tem a vantagem de reunir, de forma coerente, um conjunto de pesquisas qualitativas, mantendo o contexto teórico e metodológico das pesquisas primárias. Os estudos são analisados em três etapas: metadatanálise, metamétodo e metateoria (Paterson, Thorne, Canam, et al., 2001).

3.1.3 Metassíntese

Metassíntese é um método usado para desenvolver revisões sistemáticas de estudos qualitativos e quantitativos. Visa a sintetizar os resultados, preservando a integridade de cada estudo, para atingir o mais alto nível analítico, melhorando a

utilização de todos os resultados das pesquisas na prática. A metodologia abrange tanto o processo analítico quanto a interpretação dos resultados, por meio do metaresumo e metassíntese. O metaresumo permite integrar e agregar resultados de estudos qualitativos e resultados descritivos de estudos quantitativos. A metassíntese possibilita sintetizar e obter uma ampla compreensão conceitual dos resultados. Esta metodologia permite aos revisores avaliar o impacto de cada estudo e reconhecer as tendências teóricas e metodológicas dos estudos sobre um determinado fenômeno, assim como avaliar a utilidade dos resultados para a prática. O metaresumo também é conhecido como: metassíntese qualitativa, metanálise qualitativa, metadatanálise qualitativa e metaetnografia (Sandelowski, Barroso, 2003b, 2007).

Dada a complexidade da vulnerabilidade feminina ao HIV/AIDS e a necessidade de identificar e integrar as evidências científicas de estudos qualitativos e quantitativos, que reconhecem os elementos dessa vulnerabilidade, nas diferentes áreas de conhecimento, se optou pela metassíntese como método para realizar a revisão. Para tanto, se utilizaram como modelo os procedimentos propostos por Sandelowski e Barroso em suas diversas publicações sobre metassíntese, descritos em seguida (Sandelowski, Barroso, 1997, 2002, 2003b, 2003c, 2007).

A metassíntese abrange as seguintes etapas:

- a) Formulação da pergunta da pesquisa:** é o primeiro passo em uma revisão sistemática, dado que servirá para nortear o estudo. A mesma deve ser específica e relevante.
- b) Definição das Fontes de Busca de Dados:** é necessário selecionar as fontes imprescindíveis e acessíveis ao revisor para desenvolver uma exaustiva coleta de dados. A validade da síntese depende de uma recuperação ampla de estudos relevantes, no entanto, um número elevado dificulta o aprofundamento da análise, constituindo uma ameaça para validar a revisão (Sandelowski, Barroso, 2007).
- c) Estabelecimento de Parâmetros da Pesquisa:** os critérios de inclusão devem ser claros, precisos e voltados para o foco do estudo, mas no percurso do estudo pode ser necessária a sua modificação. Devem indicar os tipos de estudos, as características da população e o período de tempo para o qual se limitará a busca. Esses critérios, também, auxiliarão a exclusão de estudos (Sandelowski, Barroso, 2007).

d) Avaliação dos Estudos: antes de iniciar o processo de síntese dos resultados cabe desenvolver um processo de avaliação de cada estudo, de forma individual e comparativa, e o processamento dos dados extraídos das publicações selecionadas.

A *Avaliação Individual* consiste na elaboração de um resumo das particularidades de cada estudo, preservando sua integridade. Neste processo são respeitadas as diferenças entre os resultados dos diferentes tipos de pesquisas, qualitativa e quantitativa. Tendo em conta que, diferentemente da pesquisa quantitativa, a estrutura do relatório da pesquisa qualitativa não é padronizado, pois depende do tipo de estudo e estilo de redação do autor, deve-se considerar a diversidade na forma de expressar os resultados, quer seja explícita quer seja implícita (Sandelowski, Barroso, 2002, 2007). Nessa etapa avalia-se a necessidade de mudança dos critérios de inclusão e se processa a apreensão do conteúdo das publicações, em termos de orientação metodológica, estilo e estrutura.

A elaboração dos resumos visa a identificar nos relatórios os resultados de interesse que serão integrados. Previamente deve-se definir o resultado de interesse para o revisor, de forma a facilitar e manter consistência no processo de extração de dados. Os autores deixam claro que essa definição é flexível, uma vez que pode mudar no percurso da extração dos dados, segundo as necessidades de adaptação para abranger o fenômeno de interesse sem ambigüidades. Esses resultados devem permanecer separados de outros elementos do relatório, usados pelos autores, para dar evidência aos resultados, como: citações, incidentes, histórias, resultados de outros estudos, discussões dos autores sobre implicações, significados dos resultados para a pesquisa, educação, prática ou formulação de políticas (Sandelowski, Barroso, 2007).

Embora existam questionamentos sobre a avaliação da qualidade de estudos qualitativos, há pesquisadores da PBE que recomendam a avaliação sistematizada da metodologia dessa modalidade de estudo por meio do uso de instrumentos padronizados, como o *Critical Appraisal Skills Programme* – CASP, para estudos qualitativos, quantitativos e de revisão (The University of Kent, 2006a, 2006b, 2006c).

Edição dos resultados: após a elaboração dos resumos, os resultados devem ser preparados para torná-los mais acessíveis ao revisor (Sandelowski, Barroso, 2007).

O passo seguinte da Avaliação dos Estudos corresponde à *Análise Comparativa*, em que se busca comparar, com base nos resumos das publicações, os elementos-chave, como estrutura teórica, características e tamanho da amostra, tendências ou padrões dos resultados e as evidências de cada estudo, segundo o objetivo da pesquisa, para posterior integração. Esse processo comparativo, por meio do qual os elementos-chave são agrupados por semelhança, permite verificar a amplitude e a prevalência de tópicos, além de constatar as relações existentes entre os resultados, em termos de replicação, ampliação ou refutação da informação (Sandelowski, Barroso, 2007).

A análise comparativa visa a obter uma versão mais concisa dos resultados, porém mais ampla do conteúdo. Busca eliminar as redundâncias e duplicidades, ampliar os resultados e preservar as contradições dos mesmos, estruturando um grupo de afirmações que expresse o resultado analisado. Este é um processo de translação reiterativa dos resultados registrados no resumo, que possibilita elaborar novas afirmações mais concisas e amplas que correspondam ao conteúdo do conjunto dos resultados e preservem o contexto no qual surgiram (Sandelowski, Barroso, 2007).

Os resultados da *Avaliação Individual* e da *Análise Comparativa* devem preservar o contexto de cada estudo, pois compõem a base para integrar os resultados (Sandelowski, Barroso, 2007).

e) Metaresumo qualitativo: consiste na integração dos resultados e tem como finalidade identificar padrões, temas comuns ou predomínio de evidência na pesquisa qualitativa. É realizado segundo uma lógica quantitativa de temáticas ou tópicos e auxilia a identificação das frequências mais elevadas dos resultados, preparando os resultados para a metassíntese, requer o *cálculo da frequência e intensidade do tamanho do efeito do resultado* (Sandelowski, Barroso, 2007). Essa operação converte os resultados qualitativos em quantitativos, fortalecendo seus significados ao constatar padrões, além de avaliar a magnitude do resultado abstraído. A avaliação do tamanho do efeito em estudos qualitativos é um meio de assegurar que os resultados não sejam excessivamente ou pouco valorizados, mas possam servir de base empírica para a metassíntese qualitativa. Além disso, constitui uma forma de

acoplar a informação empírica de resultados de estudos quantitativos aos descritivos dos qualitativos (Sandelowski, Barroso, 2007).

O tamanho do efeito pode ser medido segundo sua frequência e intensidade. A frequência do tamanho do efeito é desenvolvida com cada um dos resultados abstraídos (já agrupados por tópicos similares) e visa a avaliar a magnitude dos mesmos. Para calculá-la, deve-se aplicar a seguinte fórmula:

$$\frac{(\text{N}^\circ \text{ de relatórios contidos em um mesmo resultado}) - (\text{N}^\circ \text{ de relatórios duplicados contidos nesse resultado})}{(\text{N}^\circ \text{ total de relatórios na amostra}) - (\text{N}^\circ \text{ de relatórios dos mesmos estudos com amostras em comum e que contêm o mesmo resultado})}$$

A intensidade do tamanho do efeito é desenvolvida com os resultados abstraídos de um mesmo estudo, é dirigida para determinar a concentração de resultados em cada estudo. A fórmula usada para o seu cálculo é a seguinte:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de resultados em cada estudo}}{\text{N}^\circ \text{ total de resultados de todos os relatórios (já agrupados)}}$$

f) Metassíntese qualitativa: compreende a integração dos resultados de pesquisas segundo uma lógica *interpretativa* que possibilita novas interpretações dos resultados, mas sem comparar ou criticá-los (Sandelowski, Barroso, 2003c, 2007). O enfoque teórico para analisar os resultados dos estudos dependerá do objetivo da metassíntese, dos estudos selecionados e do produto que se espera obter. Entre os enfoques teóricos que podem ser usados, encontram-se:

Análise taxonômica: abrange um processo analítico, indutivo e útil para desenvolver teorias. As categorias taxonômicas são construídas segundo propriedades ou variações sugeridas pelos mesmos resultados, tornando visível a amplitude conceitual dos resultados. Visa a identificar as relações conceituais fundamentais significativas, expressas de forma explícita ou implícita nos resultados, as quais têm diferentes “relações semânticas” numa mesma ou entre diferentes categorias, como: relações de causa, de consequência, de similitude ou justificação, entre outras (Sandelowski, Barroso, 2007).

Comparações objetivas constantes: envolve discussões que visam a identificar as semelhanças e diferenças entre grupos de resultados do fenômeno em estudo e

algum outro fenômeno (externo ao estudo) com semelhança aparente. O objetivo do processo comparativo é esclarecer a definição e sobrepor atributos do fenômeno em estudo para minimizar a probabilidade de dar visibilidade às peculiaridades do fenômeno em estudo e maximizar o reconhecimento das relações do fenômeno. A comparação supõe assumir um grupo de resultados como a unidade central de comparação e não selecionar citações dos participantes ou segmentos dos resultados. É mais bem conduzida se os resultados forem reduzidos a um grupo de afirmações abstraídas ou representadas em taxonomias. As comparações ajudam a aprofundar o entendimento do fenômeno, a estruturar as conclusões. Os resultados podem ser apresentados de forma narrativa ou por exposição visual através de diagramas (Sandelowski, Barroso, 2007).

Conceitos importados: visa a expressar o resultado em um conceito central, que os revisores importam de literatura empírica e teórica externa ao relatório. Os conceitos importados são diferentes dos conceitos *in vivo* ou conceitos usados pelos revisores para integrar os resultados (Sandelowski, Barroso, 2007).

Translação recíproca e síntese de conceitos in vivo e importados: refere-se à translação recíproca e síntese apenas de conceitos *in vivo* ou em combinação com outros conceitos importados para integrar os resultados. Este conceito teórico é uma adaptação da etnografia (Sandelowski, Barroso, 2007).

3.2 ETAPAS DO ESTUDO

Para o alcance dos objetivos propostos, foram percorridas as seguintes etapas:

3.2.1 Pergunta de pesquisa

Quais os elementos considerados na caracterização e análise da vulnerabilidade das mulheres ao HIV/AIDS?

3.2.2 Fontes de busca de dados

No intuito de desenvolver uma busca exaustiva nas diferentes áreas de conhecimento, utilizaram-se sete bases de dados: uma específica da área de enfermagem (CINAHL); três multidisciplinares norte-americanas (PubMed, OVID, Web of Science); uma base latino-americana (LILACS); uma base multidisciplinar para a identificação específica de teses e dissertações brasileiras junto à CAPES (Biblioteca Digital de Teses e Dissertações – BDTD); um acervo multidisciplinar para identificação de Teses, Dissertações e Tese de Livre-Docência da Universidade de São Paulo (DEDALUS).

Essas bases estão caracterizadas a seguir:

CINAHL⁶: base de dados eleita por ser fonte de informação específica da área de enfermagem, indexando 2.737 periódicos dessa área e assuntos correlatos a partir de 1982. Tem a vantagem de oferecer texto completo de mais de 400 publicações.

PUBMED⁷: base de dados desenvolvida pelo Centro Nacional para a Informação Biotecnológica e disponibilizada pela Biblioteca Nacional de Medicina, sediada nos Estados Unidos. Escolhida por ser uma base de dados de literatura internacional, responsável pela indexação de referências bibliográficas e resumos de mais de 5.000 títulos de revistas publicadas nos Estados Unidos e em outros 70 países, além de ter mais de 100 jornais específicos de HIV/AIDS, publicados a partir de 1966, abrangendo produções de medicina, enfermagem e outras ciências.

OVID⁸: base de dados disponível no portal da “Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES”, indexa jornais internacionais de diversas áreas, entre elas: Ciências Sociais e de Comportamento, Saúde Pública, Psicologia e Enfermagem. Disponibiliza produção científica proveniente de jornais específicos de HIV/AIDS, entre eles, o *Official Journal of the International AIDS Society*. Tem a vantagem de disponibilizar textos completos on-line.

⁶ <http://web.ebscohost.com/ehost/search?vid=1&hid=103&sid=90929453-f75c-428b-b4ef-51459fa03c35%40sessionmgr107>

⁷ www.pubmed.org

⁸ <http://www.periodicos.capes.gov.br/portugues/index.jsp>

WEB OF SCIENCE⁹: base de dados disponível no portal da CAPES, eleita por ser fonte de informação multidisciplinar internacional e indexar evidências desde 1945, em áreas de interesse deste estudo, como: ciências da saúde, ciências sociais e humanas.

LILACS¹⁰: base de dados escolhida por pertencer à Rede de Bibliotecas Virtuais em Saúde que agrega literatura relativa às ciências da saúde, publicada nos países da América Latina e Caribe. Atinge literatura publicada a partir de 1982, com mais de 400.000 mil registros e aproximadamente 1.300 artigos das revistas mais conceituadas da área da saúde. Também indexa outros documentos como: teses, capítulos de teses, livros, capítulos de livros, anais de congressos ou conferências, relatórios técnico-científicos e publicações governamentais.

BDTD¹¹: base de dados multidisciplinar que integra teses e dissertações provenientes de 72 Instituições de Ensino Superior brasileiras, defendidas junto à programas de pós-graduação e à CAPES. Permitindo o acesso eletrônico na íntegra de mais de 360 mil teses ou dissertações defendidas no período de 1987-2006.

DEDALUS - Global¹²: acervo bibliográfico que oferece acesso ao catálogo on-line da produção e registro bibliográfico do acervo das diferentes unidades da Universidade de São Paulo, por tal, é uma base de dados multidisciplinar.

3.2.3 Parâmetros da pesquisa: critérios de inclusão

Os critérios de inclusão adotados para orientar a seleção dos estudos foram:

- a recuperação da produção científica foi limitada a estudos segundo: *ano de publicação*: 1996-2007;
- estudos que apresentavam resumo publicado nos idiomas inglês, português ou espanhol;
- estudos que tinham como amostra pessoas do sexo masculino e feminino, desde que os resultados da vulnerabilidade feminina estivessem apresentados separadamente;

⁹ <http://www.periodicos.capes.gov.br/portugues/index.jsp>

¹⁰ <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=LILACS&lang=p>

¹¹ <http://bdtd.ibict.br/bdtd/index.jsp>

¹² <http://dedalus.usp.br:4500/ALEPH/por/USP/USP/DEDALUS/START>

mulheres adultas, de qualquer nacionalidade, raça, etnia, classe social, heterossexuais e soronegativas ao HIV.

- estudos produzidos por pesquisadores da área da saúde, sociologia, antropologia, ciências da comunicação e economia, dado que a definição de vulnerabilidade adotada neste estudo abrange elementos não limitantes ao setor da saúde.

- devido à complexidade e amplitude do conceito de vulnerabilidade, decidiu-se não utilizar o tipo de pesquisa como critério de inclusão ou exclusão. Assim, foram incluídos estudos, qualitativos ou quantitativos, procedentes de dissertações, teses, teses de Livre-Docência e artigos baseados em dados primários ou secundários que estavam em consonância com os conceitos descritos em seguida, adotados com vistas a uniformizar a busca.

a) Vulnerabilidade: o conceito adotado de vulnerabilidade refere-se ao proposto por Ayres et al. (2006), os quais partiram da proposta de Mann e Tarantola (1996). Ayres et al. (2006, p. 396) conceitualizam a vulnerabilidade ao HIV em três dimensões, citadas a seguir:

Dimensão individual da vulnerabilidade:

[...] tomam como ponto de partida aspectos próprios aos modos de vida das pessoas, que podem contribuir para que se exponham ao vírus ou, ao contrário, proteger-se. Ou seja, diz respeito ao grau e qualidade da informação de que as pessoas dispõem sobre a aids e suas formas de transmissão, bem como sobre sexualidade, uso de drogas e serviços; à capacidade de elaborar essas informações e incorporá-las aos seus repertórios cotidianos de preocupações e, finalmente, ao interesse e às possibilidades efetivas de transformar essas preocupações em práticas efetivas de prevenção.

Dimensão programática da vulnerabilidade:

[...] para que os recursos sociais, de que as pessoas precisam para não se expor ao HIV e se proteger de seus danos, estejam disponíveis de forma efetiva e democrática, é necessário que existam esforços programáticos (institucionais) nesta direção. O plano de análise da dimensão programática (ou institucional) da vulnerabilidade busca justamente avaliar como, em circunstâncias sociais dadas, as instituições, especialmente as de saúde, educação, bem-estar social e cultural, atuam como elementos que reproduzem, quando não mesmo aprofundam, as condições socialmente dadas de vulnerabilidade. O quanto nossos serviços de saúde, educação, etc., estão propiciando que estes contextos

desfavoráveis sejam percebidos e superados por indivíduos e grupos sociais? O quanto eles propiciam a esses sujeitos transformar suas relações, valores, interesses para emancipar-se dessas situações de vulnerabilidade? [...] Assim, elementos como o grau e a qualidade do compromisso desses serviços e programas, os recursos de que dispõem, os valores e competências de suas gerências e técnicos, o monitoramento, avaliação e retroalimentação das ações, a sustentabilidade das propostas e especialmente, sua permeabilidade e estímulo à participação e autonomia dos diversos sujeitos sociais no diagnóstico da situação e no encontro dos caminhos para sua superação, são elementos fundamentais no enfoque da vulnerabilidade.

Dimensão social da vulnerabilidade:

[...] acesso à informação, o conteúdo e a qualidade dessa informação, os significados que estas adquirem ante os valores e interesses das pessoas, as possibilidades efetivas de colocá-las em prática, tudo isso remete a aspectos materiais, culturais, políticos, morais que dizem respeito à vida em sociedade. Nesse sentido, este componente analítico busca focar diretamente nos fatores contextuais que definem e constroem a vulnerabilidade individual. Aspectos tais como a estrutura jurídico-política e as diretrizes governamentais dos países, as relações de gênero, as relações raciais, relações entre gerações, as atitudes diante da sexualidade, as crenças religiosas, a pobreza, etc., são aspectos que permitem entender os comportamentos e práticas que se relacionam à exposição dos indivíduos à infecção [...] a obtenção da informação, as possibilidades de metabolização dessas informações e o poder de incorporá-las a mudanças práticas, não dependem só das pessoas individualmente, mas de aspectos como: acesso a meios de comunicação, escolarização, disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar decisões políticas, possibilidades de enfrentar barreiras culturais, estar livre de coerções violentas, ou poder defender-se delas, etc., todos estes aspectos devem ser incorporados na análise da vulnerabilidade.

b) Elementos de vulnerabilidade: os elementos da vulnerabilidade definidos nesta pesquisa foram extraídos do conceito de vulnerabilidade acima citado e distribuído nas três dimensões, sem ignorar a interdependência entre eles.

Vulnerabilidade individual: modos de vida; grau e qualidade da informação sobre HIV/AIDS (relacionados às formas de transmissão e de prevenção, sexualidade e uso de drogas), serviços de saúde e possibilidades efetivas de incorporar práticas de prevenção.

Vulnerabilidade programática: ações programáticas; ações de promoção e prevenção do setor de saúde, educação e social; recursos dos serviços de saúde; valores e competências (relacionadas à aids) das gerências e atores do setor saúde e educação; qualificação dos profissionais, monitoramento, avaliação e retroalimentação das ações dos serviços de saúde; participação social; autonomia social e sustentabilidade das propostas de saúde.

Vulnerabilidade social: acesso à informação e aos meios de comunicação; valores e interesses pessoais; aspectos culturais, políticos, sociais e morais; estrutura jurídico-política; diretrizes governamentais do país; direitos humanos, relações de gênero, geração e raciais; atitude sobre a sexualidade; crenças religiosas; pobreza; acesso à educação; poder de influência em decisões políticas; possibilidades de enfrentar barreiras culturais e coerções violentas.

c) Resultado: para efeito desta pesquisa, se adotou o conceito de *Resultado* definido por Sandelowski e Barroso (2007, p. 142).

Os resultados constituem-se de base de dados e descobertas integradas, julgamentos, e/ou casos sob investigação. Os resultados são as interpretações dos pesquisadores da informação que eles coletaram ou geraram nos seus estudos

d) Adulto: foi adotado o conceito estabelecido pela BIREME¹³, usado para indexação e recuperação de artigos de revistas científicas, livros, anais de congresso e relatórios técnicos, nas bases de dados LILACS, MEDLINE, entre outras. A BIREME define “*adulto*” como “uma pessoa que atingiu crescimento total ou maturidade. Adultos vão dos 19 até 44 anos de idade¹⁴.”

¹³ Centro Especializado da Organização Pan-Americana de Saúde, estabelecido em Brasil desde 1967, em colaboração com o Ministério de Saúde, Ministério da Educação, Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo e a Universidade Federal do Estado de São Paulo.

¹⁴ <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>

3.2.3.1 Estratégia de busca nas bases de dados

Os dois exercícios realizados (A e B), para testar a estratégia de busca nas bases, auxiliaram a escolha da melhor delas e contribuíram para o aperfeiçoamento dos critérios de inclusão. Os testes foram realizados com a base de dados PubMed, visto que a pesquisadora tinha melhor domínio do seu manuseio, além do acesso a textos completos on-line, disponibilizados na mesma ou por meio do “link out” que informa a base externa fornecedora do estudo on-line, facilitando o rápido processo do teste.

a) Descrição dos testes para a estratégia de busca no PubMed:

Identificação dos descritores: como o interesse era recuperar estudos sobre “vulnerabilidade das mulheres ao HIV”, verificou-se a existência de descritor ou termo MeSH¹⁵ para as palavras: “HIV” e “vulnerabilidade”, sendo identificados quatro descritores para o primeiro: “HIV Soropositivity”, “HIV Infections”, “Acquired Immunodeficiency Syndrome” e “HIV”. Já para a “vulnerabilidade” não se encontrou descritor, por isso usou-se a palavra “vulnerability”, “vulnerabilidade” e “vulnerabilidad”, como palavra no título ou resumo.

Decidiu-se não considerar a palavra “mulher” como termo MeSH, no intuito de recuperar os estudos sobre diferentes populações, inclusive mulheres, mas cujo termo não foi considerado entre seus descritores.

Ainda para desenvolver uma estratégia de busca ampla, tentando minimizar a perda de estudos, optou-se por acrescentar os elementos de vulnerabilidade aos descritores acima descritos, verificando a existência de descritor para cada um deles, nas três dimensões da vulnerabilidade. Quando não havia um descritor exato, buscou-se aquele cuja descrição expressasse o conteúdo de interesse. No entanto, para alguns elementos da vulnerabilidade, não foi identificado nenhum descritor que tivesse relação com o mesmo.

O resultado dessa etapa para a **dimensão da vulnerabilidade individual** foi: Modos de vida = Life Style¹⁶; Prevenção = Primary Prevention¹⁷; não sendo

¹⁵ Vocabulário controlado criado para indexação de artigos de revistas científicas, livros, anais de congresso, relatórios técnicos e outros tipos de materiais, assim como para ser usado na pesquisa e recuperação dos mesmos.

¹⁶ Typical way of life or manner of living characteristic of an individual or group.

identificados descritores para os seguintes elementos: práticas de prevenção; qualidade da informação sobre HIV/AIDS; formas de transmissão; sexualidade; uso de drogas e serviços. Para **a dimensão da vulnerabilidade programática**: Ações dos serviços de saúde = Health Services¹⁸; Monitoramento; avaliação e retroalimentação das ações de prevenção = Quality Assurance, Health Care¹⁹; Participação social = Consumer Participation²⁰; Recursos dos serviços de saúde = Health Resources²¹. Não sendo identificados descritores para os seguintes elementos: ações de promoção e prevenção do setor de saúde; do setor educação e do setor social; ações programáticas; autonomia social; compromisso dos programas de saúde e dos serviços de saúde; condições sociais de vulnerabilidade; propostas de saúde; valores e competências das gerências do setor de saúde; educação e social. Para **a dimensão da vulnerabilidade social**: Acesso à informação = Access to Information²²; Acesso aos meios de comunicação = Communications Media²³; Aspectos culturais = Cultural Characteristics²⁴; Aspectos morais = Morals²⁵; Atitude diante a sexualidade = Sexuality²⁶; Coerções violentas = Coercion²⁷; Crenças religiosas = Religion and Sex²⁸; Diretrizes governamentais do país = Health Planning Guidelines²⁹;

¹⁷ Specific practices for the prevention of disease or mental disorders in susceptible individuals or populations. These include HEALTH PROMOTION, including mental health; protective procedures, such as COMMUNICABLE DISEASE CONTROL; and monitoring and regulation of ENVIRONMENTAL POLLUTANTS. Primary prevention is to be distinguished from secondary prevention, which is the prevention of complications or after-effects of a drug or surgical procedure, and tertiary prevention, the amelioration of the after-effects of a disease.

¹⁸ Services for the diagnosis and treatment of disease and the maintenance of health.

¹⁹ Activities and programs intended to assure or improve the quality of care in either a defined medical setting or a program. The concept includes the assessment or evaluation of the quality of care; identification of problems or shortcomings in the delivery of care; designing activities to overcome these deficiencies; and follow-up monitoring to ensure effectiveness of corrective steps; Health Services Research; The integration of epidemiologic, sociological, economic, and other analytic sciences in the study of health services. Health services research is usually concerned with relationships between need, demand, supply, use, and outcome of health services. The aim of the research is evaluation, particularly in terms of structure, process, output, and outcome.

²⁰ Community or individual involvement in the decision-making process.

²¹ Available manpower, facilities, revenue, equipment, and supplies to produce requisite health care and services.

²² Individual's rights to obtain and use information collected or generated by others.

²³ The means of interchanging or transmitting and receiving information. Historically the media were written: books, journals, newspapers, and other publications; in the modern age the media include, in addition, radio, television, computers, and information networks.

²⁴ Those aspects or characteristics which identify a culture.

²⁵ Standards of conduct that distinguish right from wrong.

²⁶ The sexual functions, activities, attitudes, and orientations of an individual. Sexuality, male or female, becomes evident at PUBERTY under the influence of gonadal steroids (Testosterone or estradiol), and social effects.

²⁷ The use of force or intimidation to obtain compliance.

²⁸ Não indexou conceito.

Disponibilidade de recursos materiais = Health Resources³⁰; Estrutura jurídica política = Health Policy³¹; Grau de escolaridade = Education status³²; Pobreza = Poverty³³; Poder de influenciar decisões políticas = Consumer Participation³⁴; Possibilidades de enfrentar barreiras culturais = Culture³⁵; Relações entre gerações = Intergenerational Relations³⁶; Relações raciais = Race Relations³⁷ e Valores pessoais = Social Values³⁸. Não sendo identificado nenhum descritor para Interesses pessoais, Relações de gênero, aspectos políticos, materiais. O descritor identificado para Sociedade: “Societies³⁹” não foi considerado pertinente.

Em seguida, após comparar os descritores selecionados, excluíram-se os duplicados. Para assegurar a recuperação das evidências científicas a partir de 1996, verificou-se o ano de indexação do descritor no PubMed e, no caso de ter sido indexado depois de 1996, utilizou-se também o descritor que o antecedeu. Além disso, foram acrescentados descritores já empregados em produções sobre a temática, mas que não foram identificados por meio dos elementos de vulnerabilidade.

Visto que os descritores no PubMed estão organizados em uma estrutura hierárquica, permitindo que os mais amplos englobem descritores específicos, na busca respeitou-se essa hierarquia, excluindo-se os mais específicos, e os mais amplos foram considerados como “*Major Topic*”, para recuperar estudos que consideraram os dois tipos. Quando essa situação não ocorreu, o descritor foi considerado como “*Não Explote*”, para não recuperar evidências que usaram descritores mais específicos ainda que não eram de interesse para esta pesquisa.

²⁹Recommendations for directing health planning functions and policies. These may be mandated by PL93-641 and issued by the Department of Health and Human Services for use by state and local planning agencies.

³⁰ Available manpower, facilities, revenue, equipment, and supplies to produce requisite health care and services.

³¹Decisions, usually developed by government policymakers, for determining present and future objectives pertaining to the health care system.

³² Educational attainment or level of education of individuals.

³³ A situation in which the level of living of an individual, family, or group is below the standard of the community. It is often related to a specific income level.

³⁴ Community or individual involvement in the decision-making process.

³⁵ A collective expression for all behavior patterns acquired and socially transmitted through symbols. Culture includes customs, traditions, and language.

³⁶The interactions between individuals of different generations. These interactions include communication, caring, accountability, loyalty, and even conflict between related or non-related individuals.

³⁷ Cultural contacts between people of different races.

³⁸ Abstract standards or empirical variables in social life which are believed to be important and/or desirable.

³⁹ Organizations composed of members with common interests and whose professions may be similar.

Posteriormente, os descritores foram divididos em descritores primários e secundários. Os primários referiam-se à temática em geral, como: “HIV Seropositivity”, “HIV Infections”, “Acquired Immunodeficiency Syndrome”, “HIV”. Aqui, também, foi considerado o termo “vulnerability/vulnerabilidade/vulnerabilidad” como palavra no título e resumo. Os secundários referiam-se aos elementos das três dimensões da vulnerabilidade, identificados a partir da base teórica e dos descritores acrescentados. Salienta-se que os termos primários foram incorporados para ajudar a desenvolver uma busca mais sensível, e os secundários para uma busca mais específica. Este processo está ilustrado no Quadro 1.

Quadro 1- Descritores primários e secundários, segundo ano de indexação, hierarquia na árvore dos descritores e forma a ser considerada na busca nas Bases de Dados. São Paulo - 2007

Descritores primários		
Ano	Descritor	Considerado na busca como: Major (M)/Não Explote (NE)
1988	HIV	-
1990	HIV Infections*	M
	HIV Seropositivity£	-
	Acquired Immunodeficiency Syndrome£	-
Descritores secundários		
Ano	Descritor	Considerado na busca como: Major (M)/Não Explote(NE)
1979	Primary prevention	NE
1978	Coercion	-
1998	Communications Media Communication (1966-1997)	NE
1974	Consumer Participation	NE
1991	Cultural Characteristics	-
†	Culture	NE
1968	Socioeconomic Factors*	M
	Poverty£	
	Educational status£	
	Social condition£	
†	Health education	NE
2004	Health Knowledge, Attitudes, Practice‡	-
1991	Health Planning Guidelines	-
1980	Health Policy	NE
1978	Health Resources	NE
1974	Health Services	NE
1980	Health Services Research	M
1973	Human right	NE
1992	Intergenerational Relations	-
1964	Interpersonal Relations	NE
1972	Life Style	NE
†	Morals	NE

continua...

continuação...

1996	Condoms, Female	-
1980	Quality Assurance, Health Care	NE
1968	Race Relations	-
†	Religion and Sex	-
1997	Sexuality Sex Behavior (1974-1996)	NE
1969	Social Values	-
1993	Condoms	-

† Descritores que não forneceram ano de indexação.

* Descritores mais amplos que incluem os descritores identificados com £.

‡ Descritores que não possuem descritor anterior.

Estratégia de busca A

A estratégia de busca foi desenvolvida no mês de outubro de 2007, com os limites estabelecidos e em cinco passos separadamente: **o primeiro** foi com os descritores “HIV” e “HIV Infections” unidos pelo booleano “OR” (busca 1). **O segundo** com as palavras “vulnerability”, “vulnerabilidade” e “vulnerabilidad” unidos com o booleano “OR”, e considerada como palavra no título e resumo. (busca 2). **O terceiro** juntando as duas primeiras estratégias, unidas com o booleano “AND” ((busca 1) AND (busca 2)). Com este artifício assegurou-se que toda evidência recuperada tenha tanto os descritores da busca 1 quanto da busca 2. **O quarto** foi desenvolvido com todos os descritores secundários, unidos pelo booleano “OR” para recuperar evidências relacionadas com qualquer um dos descritores secundários, sem a necessidade de coincidir dois ou mais descritores em uma mesma evidência (busca 3). **No último passo**, uniram-se as duas buscas da seguinte maneira: (((busca 1) AND (busca 2)) AND (busca 3)).

Desta maneira a estratégia de busca foi: (((("HIV Infections"[Mesh] OR "HIV"[Mesh]) AND ("1996/01/01"[EDat]: "2007/09/30"[EDat]) AND (Humans[Mesh]) AND (English[lang] OR Spanish[lang] OR Portuguese[lang]) AND (adult[MeSH]))))

AND

((("Vulnerability" OR "vulnerabilidade" OR "vulnerabilidad" AND ("1996/01/01"[EDat]: "2007/09/30"[EDat]) AND (Humans[Mesh]) AND (adult[MeSH]))))

AND

((("Primary Prevention"[Mesh:NoExp] OR "Coercion"[Mesh] OR "Communications Media"[Mesh:NoExp] OR "Communication"[Mesh:NoExp] OR "Consumer Participation"[Mesh:NoExp] OR "Cultural Characteristics"[Mesh] OR "Culture"[Mesh] OR "Socioeconomic Factors"[Majr] OR "Health Education"[Mesh:NoExp] OR "Health Knowledge, Attitudes, Practice"[Mesh] OR "Health Planning Guidelines"[Mesh] OR

"Health Policy"[Mesh:NoExp] OR "Health Resources"[Mesh:NoExp] OR "Health Services"[Mesh:NoExp] OR "Health Services Research"[Majr] OR "Health Services Research"[Majr] OR "Human Rights"[Mesh:NoExp] OR "Intergenerational Relations"[Mesh] OR "Interpersonal Relations"[Mesh:NoExp] OR "Life Style"[Mesh:NoExp] OR "Morals"[Mesh:NoExp] OR "Condoms, Female"[Mesh] OR "Quality Assurance, Health Care"[Mesh:NoExp] OR "Race Relations"[Mesh] OR "Religion and Sex"[Mesh] OR "Sexuality"[Mesh:NoExp] OR "Sexual Behavior"[Mesh:NoExp] OR "Social Values"[Mesh] OR "Condoms"[Mesh]) (("1996/01/01"[EDat] : "2007/09/30"[EDat]) AND (Humans[Mesh]) AND (English[lang] OR Spanish[lang] OR Portuguese[lang]) AND (adult[MeSH]))))

Dessa estratégia de busca, foram conseguidos 129 resultados.

Estratégia de busca B

A segunda estratégia desenvolveu-se na mesma data e com os mesmos limites, mas considerando apenas os descritores primários, isto é: ((busca 1) AND (busca 2)):(((("HIV Infections"[Mesh] OR "HIV"[Mesh]) AND ("1996/01/01"[EDat]: "2007/09/30"[EDat]) AND (Humans[Mesh]) AND (English[lang] OR Spanish[lang] OR Portuguese[lang]) AND (adult[MeSH])))) AND

((Vulnerability OR vulnerabilidade OR vulnerabilidad AND ("1996/01/01"[EDat]: "2007/09/30"[EDat]) AND (Humans[Mesh]) AND (adult[MeSH]))))

Com essa estratégia, foram recuperados 193 relatórios.

As duas estratégias foram salvas, por meio da criação de uma conta em “My NCBI”, permitindo acessos posteriores. Os resultados das estratégias A e B foram comparados, para eleger aquela que recuperou maior número de publicações pertinentes.

Para isso, iniciou-se a análise dos resultados da estratégia B, procedendo-se à leitura dos títulos e resumos, excluindo-se os estudos não relacionados com a temática ou que não incluam mulheres na amostra da população estudada. Embora todos os estudos recuperados apresentassem a palavra HIV e vulnerabilidade no resumo ou no título, nem todos foram de interesse para este estudo.

Dessa maneira foram excluídas 137 publicações, delas 17 estudaram a vulnerabilidade de pessoas com HIV/AIDS para desenvolver co-morbidades; 40 estiveram baseados em outros grupos sociais, como: população masculina, população masculina homossexual e/ou heterossexual, homens que fazem sexo com homens, população feminina homossexual, adolescentes e crianças; 29 foram publicações

epidemiológicas; sete referiam-se a problemas de acesso aos serviços de saúde das pessoas soropositivas e satisfação dos mesmos; 32 versaram sobre meios para diminuição da vulnerabilidade ao HIV das mulheres e população em geral; 08 trataram de problemas sociais enfrentados pelas mulheres perante o diagnóstico de soropositividade ao HIV; um referia-se ao aspecto ético de estudos com mulheres soropositivas; um estava relacionado às percepções da população perante o consumo de álcool e comportamento de risco de homens e mulheres e dois tratavam de temores da população relacionados à transmissão do HIV.

As 56 publicações, não excluídas por meio da leitura dos resumos, foram acessadas na íntegra e analisadas posteriormente. As publicações foram obtidas de diferentes fontes, sendo 41 publicações por meio de revistas disponibilizadas on-line, através do *link* “Full text” ou “Link out” do PubMed ou pelo acesso eletrônico das revistas disponíveis via portal da CAPES⁴⁰ ou do Sistema Integrado de bibliotecas da Universidade de São Paulo (SIBiNET)⁴¹ ou, ainda, por meio do buscador Google. As publicações não identificadas em formato on-line foram rastreadas por meio da base de dados DEDALUS-Global, para identificar qual biblioteca da Universidade de São Paulo (USP) dispunha da revista. Com este artifício, apenas quatro publicações foram localizadas em revistas da Biblioteca da Faculdade de Saúde Pública da USP. As 11 publicações restantes foram obtidas por meio do Serviço de Comutação Bibliográfica da Biblioteca "Wanda de Aguiar Horta" da Escola de Enfermagem da USP.

Na etapa da avaliação individual das 56 publicações na íntegra, em que se elaborou um resumo, por estudo incluído, foi construído um instrumento, contendo informações sobre tipo de publicação e de estudo, afiliação do primeiro autor, locação geográfica em que o estudo foi realizado, idioma, objetivos, características da população e resultados (Ficha A, APÊNDICE A).

Antes de proceder à leitura das publicações, as mesmas foram codificadas, independentemente de terem sido incluídas ou excluídas.

Adotou-se a codificação para evitar que, na avaliação dos relatórios, a pesquisadora fosse influenciada pelo nome ou procedência dos autores dos estudos, por isso também, desconsiderou-se a autoria na Ficha A.

⁴⁰ www.capes.gov.br

⁴¹ www.usp.br/sibi

O código foi colocado sobre os nomes dos autores e esteve composto pela primeira letra da base de dados (P). No percurso da leitura da publicação, preencheu-se a Ficha A. Quando incluído, acrescentou-se do lado esquerdo, a letra I ou E quando excluídos. Ao lado direito, acrescentou-se o número da ordem de análise que dependeu do acesso ao estudo na íntegra ou escolha de forma aleatória.

Os dados dos estudos excluídos foram registrados no quadro 02, especificando-se os motivos de exclusão (ANEXO B).

Destaca-se que nos tópicos *objetivos e resultados* do instrumento mantiveram-se os termos/expressões usados pelos autores, resumindo-os de forma compreensiva, para que o revisor pudesse entender o contexto, mesmo sem ter lido o relatório na íntegra.

Cabe ressaltar que, dado o conceito de *resultado*, recomendado por Sandelowski e Barroso (2007) e adotado nesta pesquisa, não se incluíram na ficha A dados empíricos, como citações, incidentes, histórias ou resultados de outros estudos, usados pelos autores para fundamentar suas interpretações. Em relação aos estudos quantitativos, apenas os resultados descritivos foram extraídos para análise.

Quando o estudo apresentou mais resultados, além dos relacionados com a vulnerabilidade feminina ao HIV, foram extraídos apenas os de interesse para o presente estudo.

O resultado da etapa, avaliação individual das publicações resultantes da estratégia de busca B (análise na íntegra segundo os critérios de inclusão), foi a seleção de 30 e a exclusão de 26 (Base PubMed).

A etapa seguinte consistiu em verificar se essas 30 publicações também tinham sido identificadas na estratégia de busca A. Nessa comparação constatou-se que 26 publicações estavam duplicadas e que as restantes recuperadas pela estratégia A tinham sido excluídas na avaliação individual daquelas identificadas pela estratégia B.

Ajustes dos critérios de inclusão

No percurso da leitura dos resumos e das publicações na íntegra, constatou-se a necessidade de aprimorar os critérios de inclusão. Tendo em vista que, na maioria das publicações, os autores não especificavam o referencial teórico ou se referiam a “fatores de risco”, mas para a análise, discussão e conclusões, adotavam pressupostos da vulnerabilidade, como se os dois termos fossem sinônimos. Assim, a pesquisadora

deste estudo e a orientadora realizaram a leitura na íntegra de alguns artigos para avaliar a necessidade de incluir estudos que usavam o termo “fatores de risco ao HIV”, optando pela sua inclusão, com o intuito de minimizar a perda de estudos importantes para a presente pesquisa, bem como estudos que explicitassem qualquer elemento das três dimensões da vulnerabilidade como determinantes da infecção pelo HIV/AIDS.

Outro critério acrescentado relaciona-se à soropositividade ao HIV, dado que, na leitura dos resumos, verificou-se que estudos em mulheres com HIV/AIDS ofereciam evidências relevantes sobre os elementos de vulnerabilidade.

A idade da amostra nos estudos foi alterada enquanto critério de inclusão. Dado que a maioria dos grupos etários das amostras dos estudos ultrapassava o limite superior e inferior da faixa estipulada inicialmente (19 a 44 anos) e nem sempre os resultados e análise eram apresentados por faixa etária, decidiu-se incluir os estudos que tinham nas amostras mulheres de 19 a 44 anos, mesmo que houvesse outros grupos etários.

Identificaram-se diversos estudos sobre percepção das mulheres sobre sua vulnerabilidade ao HIV/AIDS que não foi definida previamente como elemento da vulnerabilidade. No entanto, ao rever o conceito de vulnerabilidade, verificou-se que a percepção deveria ser considerada como seu componente. A sua inclusão como elemento de vulnerabilidade esteve fundamentada na compreensão de que a mulher para buscar informações sobre a prevenção da aids necessita reconhecer sua vulnerabilidade. Teve-se como base o seguinte conceito de vulnerabilidade individual de Ayres et al. (2006, p.396, destaque nosso):

“... tomam como ponto de partida aspectos próprios ao modo de vida das pessoas que podem contribuir para que se exponham ao vírus ou, ao contrário, proteger-se. Ou seja, diz respeito ao grau e qualidade da informação de que as pessoas dispõem sobre a aids e suas formas de transmissão, bem como sobre sexualidade, uso de drogas e serviços; à **capacidade de elaborar essas informações e incorporá-las aos seus repertórios cotidianos de preocupações** e, finalmente, ao interesse e às possibilidades efetivas de transformar essas preocupações em práticas efetivas de prevenção.”

Ainda, na leitura das publicações, verificou-se a existência de elementos determinantes da vulnerabilidade que não constavam do conjunto definido, previamente, e com base no conceito de vulnerabilidade adotado neste estudo.

Assim, decidiu-se incluir publicações que abordassem elementos de vulnerabilidade não elencados na lista inicial.

As modificações dos critérios de inclusão, acima descritas, foram consideradas para selecionar as publicações da base de dados PubMed, assim como nas outras bases de dados detalhadas a seguir.

b) Estratégia de busca em outras bases de dados

A busca nas bases de dados que se seguem foi desenvolvida no mês de novembro de 2007.

LILACS

Como os descritores da base de dados LILACS foram criados a partir dos descritores de PubMed (MeSH-“Medical Subject Heading”), o descritor “Infecções por HIV” incluía também os descritores “Soropositividade para HIV” e “Síndrome de Imunodeficiência Adquirida”. Como o descritor “vulnerabilidade⁴²” não está relacionado com doenças, tentou-se usar a mesma estratégia que na base de dados PubMed, - (“HIV” or “Infecções por HIV”) [Descritor de assunto] and ((“vulnerabilidade” or “vulnerability” or “vulnerabilidad”) [Palavra no resumo] and (“vulnerabilidade” or “vulnerability” or “vulnerabilidad”) [Palavra no título]), que não demonstrou ser muito sensível, pois identificou muitos estudos que não versaram sobre vulnerabilidade ao HIV. No intuito de melhorar essa estratégia, realizaram-se algumas modificações, abaixo mostradas, que melhoraram a sensibilidade da mesma: (“HIV” or “Infecções por HIV”) [Descritor de assunto] and (“vulnerabilidade” or “vulnerability” or “vulnerabilidad”) [Palavra no resumo]. Com esta estratégia, foram recuperadas 42 publicações.

Antes de iniciar a análise individual das publicações, foram identificadas seis publicações já consideradas na base de dados PubMed, mas excluídas. Por meio da leitura do resumo, foram excluídas outras 27 publicações não relacionadas com a temática, sendo que sete eram com adolescentes, homens que fazem sexo com homens e travestis; seis versaram sobre meios para diminuição da vulnerabilidade ao

⁴² Relação existente entre a intensidade do dano resultante e a magnitude de uma ameaça, evento adverso ou acidente. Probabilidade de uma determinada comunidade ou área geográfica ser afetada por uma ameaça ou risco potencial de desastre, estabelecida a partir de estudos técnicos. Grau de perda (de 0 a 100 por cento) como resultado de um fenômeno potencialmente danoso.

HIV das mulheres ou população em geral; dois estavam relacionados à vulnerabilidade para desenvolver co-morbidades das pessoas soropositivas; um tratava do acesso aos serviços de saúde de pessoas soropositivas, três relacionavam-se à vulnerabilidade a problemas sociais de pessoas soropositivas; dois foram sobre a prevenção do HIV; cinco foram sobre estudos epidemiológicos e um sobre o significado do tratamento anti-retroviral para mulheres soropositivas ao HIV.

Dessa maneira, restaram nove publicações para análise na íntegra quanto ao atendimento dos critérios de inclusão. Dessas publicações, oito foram obtidas por meio de revistas disponibilizadas on-line, por meio do *link* “Texto completo” por meio de acesso eletrônico das revistas que integram o portal de periódicos da CAPES ou SIBiNET. Uma publicação foi obtida na biblioteca "Wanda de Aguiar Horta" da Escola de Enfermagem da USP.

OVID

Nesta base de dados, após excluir as publicações já selecionadas no PubMed, recuperaram-se apenas 03 estudos pertinentes, motivando o desenvolvimento de outra estratégia: (("HIV Infections" OR "HIV" AND (("1996/01/01"[EDat] : "2007/09/30"[EDat]) AND (Humans[Mesh]) AND (English[lang] OR Spanish[lang] OR Portuguese[lang]) AND (adult[MeSH]))))

AND

((Vulnerability OR vulnerabilidade OR vulnerabilidad AND (("1996/01/01"[EDat] : "2007/09/30"[EDat]) AND (Humans[Mesh]) AND (adult[MeSH]))))

Assim, foram identificadas 26 referências, sendo que 11 estavam em duplicidade com a base de dados PubMed e foram excluídas. Da leitura dos resumos das 15 publicações restantes, verificou-se que 12 não cumpriram com os critérios de inclusão, pois 06 eram sobre adolescentes ou homossexuais; 02 versaram sobre meios para diminuição da vulnerabilidade ao HIV das mulheres, 01 era de estudo clínico, 02 relacionavam-se com terapia de aids e 01 consistia em um discurso. O resultado final foi de 03 publicações para análise individual, na íntegra.

WEB OF SCIENCE

Nesta base de dados, a busca foi desenvolvida apenas com palavras. O artifício que esta base oferece é a possibilidade de usar um booleano a mais que as outras

bases de dados, isto é, além de “OR”, NOT ou “AND”. Esse booleano nomeado “SAME” permite combinar duas palavras para recuperar as publicações que contenham a expressão exata de interesse. Desta maneira a estratégia usada nesta base de dados foi: (TS=(vulnerability SAME HIV) OR TS=(vulnerabili* SAME VIH)) AND Language=(English OR Portuguese OR Spanish) AND Timespan=1996-2007.

Com essa estratégia, foram recuperadas 89 publicações, sendo que 34 foram excluídas por terem duplicidade no PubMed ou OVID. Na leitura do resumo, foram excluídas 44 publicações, sendo que 04 estudaram a vulnerabilidade de pessoas com HIV/AIDS para desenvolver co-morbidades; 07 foram baseadas em outros grupos sociais, como: população masculina, população masculina homossexual e adolescente; 09 eram estudos epidemiológicos; 03 referiam-se a problemas de acesso aos serviços de saúde das pessoas soropositivas e satisfação dos mesmos; 12 versavam sobre meios para diminuição da vulnerabilidade ao HIV das mulheres e população em geral; 08 tratavam sobre problemas sociais enfrentados por mulheres soropositivas ao HIV e 01 apresentava um conceito teórico para análise da epidemia do HIV/AIDS. Restaram 11 publicações para serem analisadas na íntegra, todas obtidas por meio do portal de periódicos da CAPES ou do SIBiNET.

CINAHL

Nesta base de dados, o descritor “vulnerability”⁴³, de igual forma que no PubMed, não está relacionado às doenças. Na hierarquia dos descritores, “HIV infections” inclui “HIV seropositivity” e “Acquired Immunodeficiency Syndrome”. Por isso, optou-se por desenvolver a mesma estratégia que na base PubMed, seguindo-se os cinco passos descritos anteriormente.

Com essa estratégia, obtiveram-se 75 publicações, sendo 39 excluídas por estarem em duplicidade com a base de dados PubMed. Cabe ressaltar que não foram encontradas publicações indexadas nesta base de dados, no LILACS, no OVID e no Web of Science. Das 36 publicações restantes, 26 foram excluídas pela leitura do resumo, uma vez que: uma estudou a vulnerabilidade de pessoas com HIV/AIDS para desenvolver co-morbidades; oito foram com população masculina e feminina

⁴³ Estado de estar em risco ou mais susceptível física, psicológica e socialmente. Não confundir com susceptibilidade à doença.

homossexual/bissexuais, gays, homens que fazem sexo com homens e adolescente; dois foram estudos epidemiológicos; quatro referiam-se a problemas de acesso aos serviços de saúde das pessoas soropositivas e satisfação dos mesmos; quatro estavam relacionadas com as necessidades de saúde das pessoas soropositivas; cinco versavam sobre meios para diminuição da vulnerabilidade ao HIV/DST das mulheres e população em geral; uma visou a identificar lacunas de conhecimento sobre vulnerabilidade feminina ao HIV e uma sobre problemas éticos relacionados a ensaio clínico. Das 10 publicações para serem analisadas na íntegra, quatro foram obtidas por meio do portal de periódicos da CAPES ou SIBiNET e seis foram solicitadas por meio do Serviço de Comutação Bibliográfica da Biblioteca "Wanda de Aguiar Horta" da Escola de Enfermagem da USP, mas, até o momento do começo da análise, não chegaram, motivo pelo qual foram excluídas. Ficaram quatro publicações para análise na íntegra.

BDTD

Esta base de dados não disponibiliza a opção de busca com descritores. Por isso, a busca foi desenvolvida da seguinte maneira: (HIV [assunto] e vulnerabilidade [palavra no resumo]).

Nessa estratégia foram obtidas 14 publicações, sendo que uma tese já estava publicada na base de dados LILACS. Pela leitura do resumo, foram excluídas oito publicações, delas: cinco foram com população masculina, adolescente e idoso; um estudo epidemiológico, uma sobre retorno para aconselhamento pós-teste e uma tratava de implicações da gravidez na mulher soropositiva ao HIV. Ficaram cinco publicações para serem analisadas na íntegra, as mesmas que foram disponibilizadas no mesmo portal.

DEDALUS

Nessa base de dados, por recomendação da bibliotecária da EEUSP, a busca foi desenvolvida da seguinte maneira - HIV and vulnerabilidade [todos os campos] -, porque a palavra "HIV" é um descritor enquanto "vulnerabilidade" não é. Além disso, as ferramentas disponíveis nesta base não permitem desenvolver uma busca em diferentes campos de forma simultânea.

Com o interesse de recuperar apenas teses, dissertações e teses de Livre-Docência, a busca foi limitada a “teses USP”, recuperando-se 36 publicações. Destas, foram excluídas: 07 por estar em duplicidade no LILACS ou na BDTD, 01 tese por estar integrada em outra tese de revisão nesta mesma base de dados. Outras 19 publicações foram excluídas, por meio da leitura dos resumos, sendo que quatro tratavam da vulnerabilidade de pessoas com HIV/AIDS para desenvolver comorbidades; uma sobre vulnerabilidade à mortalidade por aids; três sobre problemas sociais enfrentados por mulheres soropositivas ao HIV; sete foram com população masculina homossexual/heterossexual, órfãos e adolescentes; uma sobre estudo epidemiológico; uma sobre vulnerabilidade à transmissão vertical do HIV e dois versavam sobre meios para diminuição da vulnerabilidade ao HIV das mulheres e população em geral. Ficaram nove publicações para serem analisadas na íntegra. As publicações foram obtidas por meio do portal de Teses da Universidade de São Paulo⁴⁴ e nas bibliotecas de suas unidades.

3.2.4 Avaliação dos estudos

A avaliação dos estudos abrangeu a *Avaliação Individual, Análise Comparativa e Processamento dos dados extraídos das publicações selecionadas*.

A descrição da primeira etapa da Avaliação Individual das publicações consta do item que tratou do detalhamento da estratégia B, na base de dados PubMed. O mesmo procedimento foi realizado para as 40 publicações das outras bases de dados, assim distribuídas: CINAHL (04), OVID (03), Web of Science (11), LILACS (09), BDTD (05) e DEDALUS (09). Dessa etapa resultaram 24 publicações que atendiam aos critérios de inclusão, sendo preenchidas as respectivas Fichas A.

As publicações que não cumpriram com os critérios de inclusão foram excluídas (6 publicações), registrando-se os motivos no Quadro 2 (APÊNDICE B).

As 24 publicações incluídas foram acrescidas das 30 publicações selecionadas da base de dados PubMed, totalizando 54 que constituíram a população final deste estudo. A lista das publicações incluídas com seus respectivos códigos encontra-se

⁴⁴ www.teses.usp.br

no Quadro 3 (APÊNDICE C) e as excluídas no Quadro 4 (APÊNDICE D). O processo de seleção a partir da leitura na íntegra representou-se em gráfico (Gráfico 01).

Construiu-se outro instrumento para registrar outros dados não informados na ficha A, mas necessários para a caracterização e análise das publicações incluídas (APÊNDICE E). A segunda etapa da Avaliação Individual realizada com as 54 publicações não excluiu nenhum estudo, dado o interesse de apreciar a metodologia das mesmas no tocante ao rigor metodológico, à credibilidade e relevância dos resultados, por meio da adaptação específica para esta pesquisa dos instrumentos fornecidos pelo *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP) para estudos qualitativos, quantitativos e de revisão.

Os instrumentos para a apreciação dos estudos qualitativos e quantitativos foram compostos por nove itens que permitiram classificar as publicações em dois grupos, as de boa qualidade, com menor risco de *viés* metodológico (grupo A) e as de regular qualidade, com maior risco de *viés* metodológico (grupo B). Para a publicação ser classificada como grupo A, teve de satisfazer seis a nove itens, e no grupo B, de um a cinco itens. (ANEXO B e C)

O instrumento para estudos de revisão qualitativa esteve conformado por 05 itens, foram consideradas, no grupo A, as publicações que respondiam às exigências de 3 a 5 itens, e no grupo B, de 1 a 5 itens (ANEXO D).

Cabe destacar que o CASP permite a escolha dos itens que os estudos deveriam cumprir para serem considerados no grupo A e no B. Por isso, os parâmetros aqui estabelecidos para cada grupo foram determinados em forma conjunta pela pesquisadora e a orientadora.

Em seguida, realizou-se a edição dos resultados que consistiu na extração dos elementos de vulnerabilidade implícitos nos resultados ou na discussão dos estudos.

Na etapa da avaliação comparativa, inicialmente, realizou-se a leitura reiterativa dos resultados de cada estudo, extraindo-se os elementos de vulnerabilidade explícitos ou implícitos nos mesmos. Para assegurar a validade interpretativa⁴⁵ deste procedimento, todos os elementos de vulnerabilidade foram revistos, em conjunto com a orientadora deste estudo, buscando corrigir alguns erros

⁴⁵ Compreende o reconhecimento da correspondência entre os dados registrados pelo revisor, sua interpretação e o conteúdo do estudo.

na análise e ajustar a denominação dos elementos de vulnerabilidade. Nesse processo se mantiveram o país e ano em que foi desenvolvida a pesquisa, a procedência e a faixa etária da população e o estado sorológico das mulheres, no intuito de manter o contexto em que o elemento de vulnerabilidade foi identificado. Em seguida, procedeu-se à reunião dos elementos presentes em mais de um estudo. Após sua leitura, cada conjunto de elementos recebeu uma denominação segundo seu aspecto central, presente em todos os estudos a ele vinculados, apresentados nos quadros 10,11,12,13,14 e 15.

Para facilitar o processo de elaboração do metaresumo, os dados foram arquivados e manipulados em Microsoft Word.

Na etapa do metaresumo qualitativo, os resultados foram integrados por temáticas a partir da avaliação da frequência do tamanho do efeito do elemento da vulnerabilidade. Para essa avaliação, aplicou-se a fórmula proposta por Sandelowski e Barroso (2007), sendo que para o cálculo da frequência dividiu-se o número de estudos que apresentaram elementos de vulnerabilidade em uma mesma temática, pelo total de estudos da amostra.

Por último, realizou-se a metassíntese qualitativa, tendo como base comparações objetivas e constantes nos resultados obtidos, procurando dar visibilidade aos elementos da vulnerabilidade e destacar suas peculiaridades.

Os resultados abrangem a caracterização dos estudos selecionados, a apresentação do metaresumo e metassíntese, em que os elementos textuais de vulnerabilidade foram distribuídos na dimensão individual, social e programática e apresentados por meio da frequência do tamanho do efeito.

Gráfico 1- Síntese das estratégias de busca nas bases de dados PubMed, LILACS, OVID, Web of Science, CINAHL, BDTD e DEDALUS, distribuídos segundo o número de publicações incluídas e excluídas . São Paulo - 2008

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PUBLICAÇÕES

A população desta pesquisa foi constituída por 54 publicações (APÊNDICE C, Quadro 3), provenientes das bases de dados PubMed (30), CINAHL (01), OVID (01), Web of Science (05), LILACS (07), BDTD (03) e DEDALUS (07).

Como pode ser observado no Gráfico 1, o maior número de publicações que tratou de algum elemento de vulnerabilidade ao HIV, em populações femininas, derivou da base de dados PubMed. Por ser a maioria das publicações procedente dessa base de dados, predominou o idioma inglês em 64,8% (35), seguido dos estudos publicados em português com 29,6% (16) e espanhol com 05,5% (03) (APÊNDICE E, Quadro 5).

Do total das publicações, 47 (87%) foram de caráter qualitativo e 7 (13%) de quantitativo. A prevalência de estudos qualitativos se deve tanto à complexidade da temática, objeto do presente estudo, quanto à natureza dessa metodologia, por meio da qual se obtêm valiosas informações contextuais que possibilitam o entendimento aprofundado de um fenômeno social, como o da vulnerabilidade feminina ao HIV. Em uma publicação sobre o papel da pesquisa qualitativa em HIV/AIDS, destaca-se dentre os atributos da pesquisa qualitativa: mostrar o caminho para compreender como aspectos culturais, sociais e contextuais influenciam o comportamento social, os estilos de vida, a percepção de vulnerabilidade, a habilidade da mulher para negociar sexo seguro, as atitudes e conhecimentos sobre HIV das mulheres e profissionais da saúde e a avaliação da satisfação dos serviços preventivos de HIV. Estas temáticas foram identificadas, no presente estudo, e constituem contribuições significativas, quando se almeja desenvolver uma resposta relevante perante a feminização da epidemia do HIV (Power, 1998) (APÊNDICE E, Quadro 5).

Contudo, os estudos quantitativos identificados nesta pesquisa, embora em menor proporção, forneceram dados também importantes, como a relação probabilística entre pobreza e conhecimento sobre HIV/AIDS, identificação de

fatores que influenciam na vulnerabilidade ao HIV nas mulheres e fatores que motivaram as mulheres a se proteger da transmissão do HIV, assim como, associação entre aspectos religiosos e comportamento preventivo. Evidência que nos leva a destacar a importância de ambos os tipos de pesquisa, como uma estratégia de fortalecimento cognitivo para desacelerar a evolução da epidemia (APÊNDICE E, Quadro 5).

Dado o caráter nacional e internacional das bases de dados, identificaram-se produções científicas procedentes de Instituições de Educação Superior (IES), internacionais e nacionais. Embora a base de dados PubMed tenha fornecido o maior número de publicações procedentes de IESs estrangeiras, as IESs brasileiras foram responsáveis por 30% (17) do total das publicações, seguidas pelas dos EEUU com 18% (10). A prevalência das produções científicas, provenientes de IES do Brasil, talvez se deva ao fato de se terem incluído duas bases especificamente brasileiras como a BDTD e a DEDALUS. Contudo essa prevalência também foi observada na base de dados Latino-Americana (LILACS), revelando a importante participação brasileira na produção de conhecimento sobre o tema estudado (APÊNDICE E, Quadro 5).

Ao analisar o país onde a pesquisa foi desenvolvida, pode-se identificar que predominaram as desenvolvidas no Brasil com 17 publicações (30%), seguida das desenvolvidas na África com 15 publicações (27%) e as desenvolvidas nos EEUU com 07 (13%) (APÊNDICE E, Quadro 5).

A proporção de publicações brasileiras talvez se deva ao interesse das IESs brasileiras em deter a transmissão do HIV em mulheres, dada a feminização da epidemia anteriormente detalhada, uma vez que um terço das pessoas soropositivas ao HIV é brasileiro. Cabe ressaltar que, apesar do reconhecimento internacional das ações do Programa Nacional brasileiro de DST/AIDS no controle da aids, evidenciam-se esforços paralelos e contínuos das IESs na produção de conhecimentos sobre os diversos aspectos desse agravo para alcançar uma melhor compreensão da feminização da epidemia, visando à prevenção da transmissão do HIV.

Conforme evidenciado no Quadro 5 (APÊNDICE E), todas as pesquisas desenvolvidas no continente africano foram realizadas em países da África

subsaariana⁴⁶, os quais constituem a região mais atingida pela epidemia do HIV/AIDS, em nível mundial. Embora com sinais de estabilização, em 2007, na maior parte da África suhariana, um ano antes, um total de 1,7 milhão de pessoas contraíram a infecção pelo HIV e, mesmo em 2007, aproximadamente 61% dos adultos soropositivos ao HIV foram mulheres (ONUSIDA, 2007).

Ressalta-se que as pesquisas realizadas nessa região da África foram desenvolvidas com populações nativas dos países, coordenadas por IES da África, mas principalmente, de outros países como EEUU, França, Canadá, Brasil e Inglaterra, entre outros.

Em relação às pesquisas desenvolvidas nos EEUU, observou-se que as mesmas estiveram sob coordenação de IES do país e foram desenvolvidas em estados americanos, mas com população de ascendência africana ou hispânica⁴⁷. O interesse pelo citado grupo populacional talvez se deva ao fato de a epidemia do HIV nos EEUU continuar afetando, de maneira desproporcional, as minorias raciais e étnicas. Realidade evidente, tendo em conta que as populações afro-americanas e hispânicas constituem apenas 13% e 14% da população total nos EEUU, respectivamente, eles representaram 48% e 18% dos novos diagnósticos de HIV ou aids nos EEUU, em 2005 (ONUSIDA, 2007).

Dada a complexidade da vulnerabilidade ao HIV em mulheres, os estudos que conformaram amostra total deste estudo, foram realizados por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, como psicologia, saúde coletiva, sociologia, economia, saúde pública, enfermagem, antropologia e ciências da comunicação. Áreas de conhecimento que desvendam importantes elementos de vulnerabilidade ao HIV que serão explorados posteriormente. A diversidade das áreas de conhecimento envolvidas em pesquisas sobre a vulnerabilidade na aids explicita e reitera a importância da multidisciplinaridade para uma compreensão mais abrangente do fenômeno (APÊNDICE E, Quadro 5).

No tocante ao ano, se considerou a época em que a pesquisa foi desenvolvida e não divulgada na forma de publicação, dado que o interesse era relacionar os resultados com as características temporais da epidemia. Para tanto, estabeleceram-se cinco grupos, sendo que um foi constituído pelos estudos que não informaram o ano

⁴⁶ Termo usado para se referir à área do continente africano situado ao sul de Saara.

⁴⁷ No seu uso mais freqüente, são cidadãos residentes nos Estados Unidos da América originários de países de língua espanhola da América Latina.

do desenvolvimento da pesquisa. Quando o estudo foi desenvolvido em um determinado período de tempo, considerou-se o ano de início da pesquisa. Desta maneira, o primeiro grupo foi de 1990 a 1995, com nove publicações e esteve constituído por publicações que analisaram como as mudanças sociais, políticas, culturais ou econômicas influenciaram a vulnerabilidade ao HIV das mulheres, predominando os estudos desenvolvidos na África e nos EEUU. No segundo grupo, de 1996 a 1999, identificaram-se 10 publicações, das quais quatro ocorreram em território brasileiro e três na África. Esse grupo constituiu-se de estudos que versaram sobre como os aspectos socioeconômicos, culturais, sociais, políticas de saúde, o acesso ou estrutura dos serviços de saúde, a educação das mulheres e o conhecimento sobre HIV/AIDS influenciaram a transmissão do HIV nas mulheres. No terceiro grupo, de 2000 a 2003, concentrou-se a maior quantidade de publicações (27%), sendo que, das 15 publicações, seis foram desenvolvidas no Brasil e três, na África. Os estudos que constituíram este grupo verificaram como os aspectos socioeconômicos, culturais e mudanças sociais, educação e conhecimento sobre HIV/AIDS, migração, religião e acesso ou estrutura dos serviços de saúde, influenciaram na transmissão do vírus nas mulheres. No último grupo, de 2004 a 2007, registraram-se apenas quatro publicações, das quais duas foram no Brasil, uma na África e uma no Canadá. Entre os temas abordados nessas publicações identificaram-se: aspectos socioeconômicos-culturais, mudanças sociais, políticas de saúde, educação e conhecimento sobre HIV/AIDS, acesso ou estrutura dos serviços de saúde e consumo de drogas. Esses dados evidenciam que existe uma constante preocupação pela realidade da África e Brasil, embora, no último grupo, a produção de conhecimentos em ambos os países tenha sido baixa. Ressalta-se que 16 publicações não especificaram a data de desenvolvimento da pesquisa (Quadro 6).

Os temas relacionados a aspectos socioeconômicos e sociais predominaram nos quatro períodos, com 13 e 26 publicações respectivamente.

Em relação ao tipo de estudo, 43 publicações estavam na forma de artigos (sendo um de revisão), seis eram dissertações, quatro teses de doutorado e uma de Livre-Docência (APÊNDICE E, Quadro 5).

Em relação à apreciação da metodologia dos estudos, considerando-se o rigor metodológico, a credibilidade e relevância dos resultados, avaliados com o auxílio do instrumento CASP, todos os estudos incluídos nesta pesquisa foram classificados

como pertencentes ao grupo A. Esse resultado pode ser um reflexo das exigências que os editores das revistas consideram para aceitar um artigo na edição da revista, estabelecendo critérios rigorosos face à avaliação que sofrem periodicamente.

Quadro 6 – Estudos distribuídos, segundo período de desenvolvimento da pesquisa, país e temáticas abordadas. São Paulo – 2008

Temas	1990-1995	1996-1999	2000-2003	2004-2007
Socioeconômicos	África (IP-17, IP-24, IW-41), Austrália (IP-21)	África (IP-09, IP-12, IC-44); Ucrânia (IP-06)	África (IP-07, IP-11); Índia (IP-30); México (IW-40)	Brasil (ID-52)
Subtotal	04	04	04	01
Culturais e mudanças sociais	África (IP-17); Argentina (IP-05); Austrália (IP-21); Jamaica (IP-03); EEUU (IP-08, IP-19)	África (IP-12, IC-44); Brasil (IP-29, IL-34, ID-53); Cingapura (IP-23); EEUU (IP-01)	África (IP-07; IP-11; IP-18); Brasil (IL-36, IL-37, ID-54), Colômbia (IL-35); México (IW-40); Itália (IP-25)	África (IB-45); Brasil (IB-47, ID-52); Canadá (IP-20)
Subtotal	06	07	09	04
Políticas de saúde	África (IP-24, IW-41)	-	-	África (IB-45, IB-47)
Subtotal	02	01	-	02
Educação/conhecimento sobre HIV/AIDS	EEUU (IP-08, IP-28)	Brasil (IP-29, ID-51, ID-53); Cingapura (IP-23)	Ásia (IP-27); Brasil (IL-36, IB-46)	Brasil (IB-47, ID-52)
Subtotal	02	04	03	02
Migração	-	-	Ásia (IP-27); países subdesenvolvidos (IP-02)	-
Subtotal	-	-	02	-
Acesso/estrutura dos serviços de saúde	-	Brasil (ID-51, ID-53)	Ásia (IP-27); Brasil (IB-49); Índia (IP-30)	Brasil (IB-47)
Subtotal	-	02	03	01
Religião	-	África (IC-44)	Brasil (IB-46)	-
Subtotal	-	01	01	-
Consumo de drogas	-	-	-	Brasil (ID-52)
Subtotal	-	-	-	01
Total de publicações*	09	10	15	04

* 16 publicações não especificaram a data de desenvolvimento da pesquisa.

4.2 METARESUMO E METASSÍNTESE

Os elementos de vulnerabilidade identificados, no presente estudo, confirmam a amplitude e a complexidade da vulnerabilidade feminina ao HIV que oscilam desde a percepção da vulnerabilidade às mudanças sociais, políticas e econômicas do país. Embora tais elementos tenham sido extraídos dos contextos sociais de diversos países, pode-se observar que alguns deles estão presentes em quase todos, porém com graus de intensidade diferentes ou iguais.

A totalidade dos elementos da vulnerabilidade feminina ao HIV, extraídos das evidências científicas, corresponde a 55. Para identificar os novos elementos da vulnerabilidade, procedeu-se agrupá-los segundo as dimensões da vulnerabilidade e apresentados de forma paralela com os elementos de vulnerabilidade extraídos do conceito adotado neste estudo. Desta maneira, 21 elementos da vulnerabilidade corresponderam à dimensão individual, 15 à dimensão programática e 19 à dimensão social da vulnerabilidade feminina ao HIV (Quadros 7, 8, e 9).

Quadro 7 - Elementos da dimensão individual da vulnerabilidade identificados no conceito da vulnerabilidade e nas evidências científicas. São Paulo - 2008

Dimensão individual da vulnerabilidade	
Extraídos do conceito	Nº elementos: 04
Modos de vida; grau e qualidade da informação sobre HIV/AIDS; percepção da vulnerabilidade e possibilidades efetivas de incorporar práticas de prevenção.	
Extraído das evidências científicas	Nº elementos: 21
Trabalho sexual; submissão às condições de trabalho sexual “institucionalizado”; mudanças sociais que facilitam comportamentos sexuais de maior vulnerabilidade; poligamia masculina ou feminina; confiança na monogamia do parceiro; aceitação da poligamia masculina; ausência ou deficiente percepção da vulnerabilidade; omissão do estado de soropositividade ao HIV do parceiro; recusa do parceiro/cliente em usar o preservativo; incômodo ou atitudes negativas sobre o uso do preservativo; prática religiosa que favorece atitudes negativas e não-uso do preservativo; dificuldade de negociação do uso do preservativo; concepção de que o homem é o mantenedor principal da família; condição econômica insuficiente da mulher ou família; dependência econômica do parceiro; submissão feminina; uso ou dependência de drogas; interesses ou limitações de práticas de prevenção; percepção feminina que relaciona a transmissão do HIV a “grupos de risco”, limitações para enfrentar barreiras culturais e falta de conhecimento da oferta dos serviços de saúde.	

Cabe ressaltar que, para todos os elementos da vulnerabilidade extraídos do conceito, houve elemento correspondente nas evidências científicas. A evidente dificuldade para deter a disseminação do HIV em diferentes partes do mundo tem

despertado pesquisadores a identificar aspectos diferentes dos chamados fatores de risco que influenciam o rápido progresso dessa epidemia nas mulheres.

Quadro 8 - Elementos da dimensão programática da vulnerabilidade identificados no conceito da vulnerabilidade e nas evidências científicas, São Paulo - 2008

Dimensão programática da vulnerabilidade	
Extraídos do conceito	Nº elementos: 08
Ações programáticas; ações de promoção e prevenção do setor de saúde, educação e social; recursos dos serviços de saúde; valores e competências (relacionadas à aids) das gerências e atores do setor saúde e educação; qualificação dos profissionais; monitoramento, avaliação e retroalimentação das ações dos serviços de saúde; autonomia social e sustentabilidade das propostas de saúde.	
Extraído das evidências	Nº elementos: 15
Redução da oferta dos serviços de educação e de saúde; redução da capacidade de resposta às necessidades de saúde da população, em termos de recursos humanos e materiais; ações de prevenção e controle de baixa efetividade, qualidade e pouco acessíveis; não-divulgação das ações desenvolvidas pelos serviços de saúde (população desconhece a oferta de serviços das instituições de saúde); inexistência ou descontinuidade na avaliação ou inadequação no planejamento das ações de promoção e prevenção; exclusão de alguns grupos sociais das medidas de promoção e prevenção; planejamento das ações de prevenção não sensíveis à população feminina adolescente, casais sorodiscordantes ou saúde da mulher; prioridade das ações assistenciais às de prevenção nas instâncias públicas de saúde e de controle social; falta de diagnóstico situacional sobre as DSTs; inadequação das instalações dos serviços de saúde para a realização do aconselhamento; atividades de aconselhamento que excluem alguns grupos populacionais; ações de aconselhamento/informações inexistentes ou deficientes; percepção negativa dos profissionais de saúde sobre o aconselhamento; sobrecarga de trabalho dos trabalhadores de saúde; não-estabelecimento de vínculo entre profissionais e usuários; percepção de profissionais sobre o HIV restrita a “grupos de risco” e, visão biologistas dos profissionais da saúde sobre os problemas de saúde; falta ou deficiente acesso aos serviços de saúde ou meios de prevenção; falta ou deficiente acesso à informação sobre HIV e meios de prevenção.	

Nas três dimensões, observou-se que vários elementos da vulnerabilidade extraídos das evidências científicas estavam relacionados a pelo menos um extraído do conceito. Isto é, os elementos identificados nesta pesquisa apresentam-se de forma mais detalhada, permitindo uma melhor compreensão e avaliação da vulnerabilidade feminina ao HIV. Situa-se nesse maior detalhamento o aporte desta pesquisa, dadas a complexidade da vulnerabilidade feminina ao HIV e a dificuldade para avaliá-la.

Quadro 9 - Elementos da dimensão social da vulnerabilidade identificados no conceito de vulnerabilidade e nas evidências científicas, São Paulo - 2008

Dimensão social da vulnerabilidade	
Extraídos do conceito	Nº elementos: 14
Acesso à informação e aos meios de comunicação; aspectos culturais, políticos, sociais e morais; estrutura jurídico-política; diretrizes governamentais do país; direitos humanos; relações de gênero, geracionais e raciais; normas religiosas; pobreza; acesso à educação; poder de influência em decisões políticas; possibilidades de enfrentar barreiras culturais e coerções violentas.	

continua...

continuação...

Extraído das evidências	Nº elementos: 19
Normas sociais referentes a comportamento sexual, socialmente esperado, de homens e mulheres; preconceito à mulher/homem que solicita uso de preservativo; migração da mulher legal/ilegal ou migração do parceiro; redução do orçamento governamental para gastos em saúde; redução ou não-acesso à educação e meios de comunicação; normas religiosas que favorecem atitudes negativas e não-uso do preservativo; relações sexuais coercitivas ou abuso sexual; discriminação feminina laboral; elevado índice de pobreza da população; relações de gênero (domínio masculino no mercado de trabalho e falta de acesso da mulher ao serviço de crédito financeiro); aspectos culturais que favorecem a dominação e poligamia masculina, naturalização da poligamia masculina; aspectos culturais que favorecem o não-uso do preservativo; relações geracionais; desrespeito dos direitos sociais e civis; inexistência ou deficiente participação da sociedade civil e, condições do trabalho sexual que vulnerabilizam as mulheres; inexistência de leis sobre proteção à mulher contra abuso sexual do próprio parceiro.	

Na análise, constatou-se que os elementos acima apresentados não influenciam a vulnerabilidade feminina ao HIV de forma isolada. Observaram-se diferentes interações/associações entre elementos de uma ou mais dimensões que resultaram no aumento da vulnerabilidade feminina ao HIV. Porém os elementos foram isolados apenas para fins didáticos e agrupamento por dimensão.

Um segundo agrupamento dos elementos da vulnerabilidade foi desenvolvido, segundo as temáticas centrais identificadas nas interações/associações dos mesmos. Esses temas centrais foram definidos, segundo o elemento de vulnerabilidade que predominou ou que gerou as interações entre elementos de vulnerabilidade ao HIV nas mulheres. Os temas centrais foram: normas sociais; imigração; contexto do relacionamento estável; condição socioeconômica insuficiente; contexto socioeconômico do país e gestão dos serviços de saúde.

As evidências agrupadas, segundo a temática central “normas sociais”, apresentam-se no seguinte quadro (Quadro 10).

Quadro 10 - Elementos de vulnerabilidade feminina ao HIV, segundo o tema central normas sociais. São Paulo - 2008

Código	Características da população	Tema central: NORMA SOCIAL	Frequência do tamanho do efeito: 0,31 (17 publicações)
IP-17	<p>País da pesquisa: África Subsaariana</p> <p>Ano: 1980-2002</p> <p>Procedência da população: Avalia as mudanças políticas, sociais e econômicas que afetam a vulnerabilidade das mulheres.</p> <p>HIV: NA</p> <p>Faixa etária: NA</p>	<p>Aspectos culturais que favorecem a poligamia masculina, associados à submissão feminina e não-uso do preservativo</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ A maioria das culturas regulamenta que a mulher deve ter muito pouca experiência sexual antes do casamento e ser monógama posteriormente. No entanto, o sexo pré-nupcial e extraconjugal do homem é tolerado ou ainda esperado. ➤ Sistemas sociais e culturais em muitas comunidades africanas determinam que a mulher não tenha controle sobre a própria vida sexual ou da vida sexual dos esposos fora do matrimônio. ➤ O preço pago pelo noivo à família da noiva, em sinal de compensação perpetua a idéia de que a mulher é propriedade do esposo. Essa cultura gera falta de controle nos relacionamentos sexuais da mulher, particularmente a mulher casada, altamente vulnerável à infecção pelo HIV. ➤ Não se permite à esposa a recusa de ter práticas sexuais com esposos ou exigir o uso do preservativo, ainda que o esposo fosse soropositivo ao HIV. ➤ A posição subordinada da mulher também tem implicações na educação para sexo seguro, uma vez que culturalmente se espera que a mulher não tenha conhecimento relacionado a sexo. 	
IP-12	<p>País da pesquisa: África do Sul</p> <p>Ano: 1999</p> <p>Procedência da população: africanas</p> <p>HIV: NE</p> <p>Faixa etária: 13-25 anos</p>	<p>Normas sociais referentes ao preconceito com a mulher que carrega preservativo associado à incapacidade de enfrentar barreiras culturais</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ O acesso aos preservativos foi dificultado pelas normas sociais que impedem a liberdade de carregar o preservativo, uma vez que as mulheres referem que a pressão social faz recusar carregar preservativo. Dado que carregar preservativo prejudica a reputação da mulher jovem, a qual pode estar sujeita a comentários desagradáveis de outros adolescentes ou adultos. Comentários baseados na norma social que relaciona a mulher que carrega preservativo com promiscuidade ou trabalho sexual, ou simplesmente a comunidade falar que gostam do sexo porque carregam preservativo nas bolsas. 	
IP-13	<p>País da pesquisa: África do Sul</p> <p>Ano: 1999</p> <p>Procedência da população: Analisa a cultura de comunidades indígenas.</p> <p>HIV: NA</p> <p>Faixa etária: NA</p>	<p>Aspectos culturais que favorecem a dominação masculina associados à submissão feminina, relações sexuais coercitivas, incapacidade de enfrentar barreiras culturais</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Os relacionamentos nas comunidades tradicionais são caracterizados pelo domínio masculino e controle sobre a mulher. Reforçado pelo sistema social através da descendência patriarcal, residência matriarcal e afastamento residencial, onde o homem adulto mora em casas separadas das esposas e crianças. ➤ O pagamento oferecido pela noiva é visto como um meio pelo qual o esposo tem total direito sobre a capacidade reprodutiva e de trabalho da mulher. ➤ A violência física é frequente para manter a submissão da mulher, assim como o incesto, rapto, sexo sem consentimento, incluindo sexo forçado no matrimônio, são muito difundidos e sem resistência pela forte cultura e normas sociais. 	

continua...

continuação...

Código	Características da população	Tema central: NORMA SOCIAL
IP-13		<p>➤ Quando os membros da comunidade migram para cidades urbanas ou quando os costumes da comunidade são influenciados pela necessidade do dinheiro em efetivo, o pagamento oferecido pelo noivo, baseado em bens, torna-se uma transação comercial. Por isso, é costume pressionar a mulher para que a primeira experiência sexual da mulher seja trocada por dinheiro.</p> <p>Em alguns grupos sociais, existe a cultura de troca de casais, que é fortalecida pelos homens, assim como a poligamia particularmente em algumas regiões das montanhas, o que ajuda a aumentar a posição social e poder do líder, por meio da capacidade produtiva das múltiplas esposas.</p>
IP-13	<p>País da pesquisa: África do Sul</p> <p>Ano: 1999</p> <p>Procedência da população: Analisa a cultura de comunidades indígenas.</p> <p>HIV: NA</p> <p>Faixa etária: NA</p>	<p>Aspectos culturais e pobreza associada à submissão feminina, associados a trabalho sexual</p> <p>➤ A baixa renda obriga a migração das famílias para as cidades, onde o desemprego é maior, e as oportunidades para que os membros da comunidade obtenham um emprego são menores, pelas desigualdades nos níveis de educação, uma vez que a maioria apenas tem 6 anos de educação ou nenhuma educação. Em decorrência disso, quando os homens não conseguiam o dinheiro suficiente para manter os gastos familiares, baseados na cultura de vender as mulheres aos homens (vinda da cultura de pagamento pela noiva), obrigavam as adolescentes, mulheres solteiras, viúvas ou mulheres casadas ao trabalho sexual, para obter dinheiro que serve para satisfazer necessidades básicas da família. Sendo os mesmos irmãos, esposos, pais ou outros homens da família os que procuravam homens dispostos a pagar.</p>
IP-18	<p>País da pesquisa: África do Sul</p> <p>Ano: 2002</p> <p>Procedência da população: africana</p> <p>HIV: (+/-)</p> <p>Faixa etária: 18-53 anos</p>	<p>Aspectos culturais que favorecem a dominação masculina, associados à submissão feminina</p> <p>➤ As normas sociais fortaleceram o poder masculino no relacionamento, uma vez que o abuso físico, emocional e financeiro do homem à mulher é aceitável, exacerbando a vulnerabilidade da mulher para o HIV e impedindo que a mulher saia ou melhore a situação de abuso.</p> <p>➤ A violência doméstica foi tratada como um tabu, por estar estreitamente relacionada a uma “cultura do silêncio”, que limita o compartilhamento de problemas pessoais, ou por crenças sociais referentes a suportar um relacionamento infeliz e “sofrer em silêncio” que é incentivado desde a infância na comunidade africana, quando são aconselhadas a “ter paciência” ou “perseverar” quando as coisas são adversas.</p> <p>➤ A família algumas vezes toma partido dos problemas familiares, atacando a mulher e culpando-a, inclusive da infidelidade, perpetuando as normas sociais que tornam o abuso aceitável.</p> <p>➤ Algumas mulheres afirmaram que a promiscuidade masculina foi inata e que o homem a reconhece como um direito.</p>

continua...

continuação...

Código	Características da população	Tema central: NORMA SOCIAL
IP-11	País da pesquisa: Maláui Ano: 2003 Procedência da população: africanas HIV: NE Faixa etária: 14-49 anos	Aspectos culturais que favorecem a dominação masculina, associados a limitações para enfrentar barreiras culturais, submissão feminina e não-uso do preservativo ➤ As mulheres são obrigadas, pelo contexto cultural, a não se separar dos esposos, mesmo quando o esposo não oferece apoio econômico, é infiel ou tem aids. ➤ A maioria das mulheres possuía conhecimentos adequados sobre HIV, por tal desejaram conversar sobre a transmissão com os esposos, uma vez que estiveram cientes da poligamia do parceiro, mas se sentiam constrangidas pela posição inferior feminina na sociedade, se submetido às ordens dos esposos, sentindo que nada poderiam fazer para evitar a transmissão. Deste modo, a maioria das mulheres não usou preservativo nas relações sexuais com os esposos e sentiram-se à disposição dos mesmos.
IB-45	País da pesquisa: Moçambique (Maputo) Ano: 2005-2006 Procedência da população: de Maputo HIV: (+) Faixa etária: NE	Dominação masculina associada à submissão feminina, falta de informação sobre prevenção do HIV, dificuldades para enfrentar barreiras culturais e não-uso do preservativo ➤ As adolescentes manifestaram forte pressão e submissão pelos namorados para a iniciação sexual, a qual aconteceu sem proteção por falta de preparação e informação nesse momento. ➤ A dificuldade das mulheres de usar o preservativo de forma consistente nas seguintes relações sexuais esteve baseada na dificuldade de negociação com o parceiro, preocupação de que a insistência pudesse prejudicar o relacionamento e conseqüentemente submissão à bondade do parceiro.
IP-01	País da pesquisa: EEUU Ano: 1996 Procedência da população: (brancas, afro-americanas, americanos nativos e hispânicos) HIV: (-) Faixa etária: 18-55 anos	Influência da percepção do parceiro e amigos para não usar preservativo, associada à relação monogâmica/estável e percepção da vulnerabilidade As mulheres com parceiro fixo são influenciadas pelas normas sociais para não usar, iniciar ou manter o uso do preservativo, de forma a torná-las vulneráveis ou não: ➤ As mulheres que acreditam ter relacionamento estável e monogâmico consideram o uso do preservativo somente se as normas sociais de seus parceiros sexuais e membros do grupo (amigas e amigos) apóiam o uso do preservativo. Essas normas geram um aumento da percepção dos aspectos positivos do uso do preservativo, colocando-as em estágios* mais avançados para o uso do preservativo. No entanto, elas podem também pensar que a preocupação com a prevenção é exagerada, uma vez que o HIV nunca as afetará. <i>*pré-contemplação (não tem intenção de mudar seu comportamento); contemplação (tem intenção de mudar seu comportamento nos próximos 6 meses); preparação (tem intenção de mudar seu comportamento no próximo mês); ação (há mudanças em seu comportamento por pelo menos 6 meses) e manutenção (a mudança do seu comportamento permanece por mais de 6 meses).</i>

continua...

continuação...

Código	Características da população	Tema central: NORMA SOCIAL
IP-20	País da pesquisa: Canadá Ano: 2004-2005 Procedência da população: comunidades africanas HIV: (-) Faixa etária: NE Idade média: 20 anos	Naturalização da poligamia masculina, associada a limitações para enfrentar barreiras culturais e não-uso de preservativo ➤ A múltipla parceria dos homens foi amplamente aceita e reconhecida pelas mulheres (procedência africana), como um agravante da sua vulnerabilidade às DSTs/HIV. Contudo, apesar da ampla consciência da múltipla parceria masculina, as mulheres continuaram tendo relações sexuais sem proteção, dado que afirmaram que a cultura africana intimida ou proíbe a mulher de negociar sexo ou discutir problemas sexuais com seus parceiros.
IP-05	País da pesquisa: Argentina (Buenos Aires) Ano: 1994 Procedência da população: argentinas HIV: (-) Faixa etária: 15-35 anos	Comportamento feminino e masculino socialmente esperado*, associado a limitações para enfrentar barreiras culturais e negociar o uso do preservativo, resistência masculina para uso do preservativo e relações sexuais coercitivas ➤ Destaca-se a força de um “deve ser como mulher”, instituída em “comportamentos esperados” e “necessários”* para o desempenho do papel masculino, que limita a iniciativa e capacidade de negociação geral da mulher. Em particular, as possibilidades de negociar sexo seguro. ➤ Os estereótipos, onde se atribui ao homem a iniciativa e controle das relações sexuais e à mulher a satisfação desse desejo, dificultam reconhecer o próprio desejo, que por sua vez legitimam práticas coercitivas por parte do homem, como aspecto “natural” da função da mulher, dificultando a utilização do preservativo, tanto no início da vida sexual como nos posteriores relacionamentos. ➤ O uso e compra do preservativo são considerados responsabilidades e iniciativas do homem, e a capacidade de intervenção da mulher se reduz a solicitar. ➤ Existe uma naturalização da resistência do homem para o uso do preservativo, embasada em uma identificação negativa em termos de prazer com o seu uso. *Expressar desconhecimento e inexperiência sexual, ter de esperar a iniciativa do homem, não aceitar facilmente o relacionamento sexual.
IW-40	País da pesquisa: México Ano: 2001-2002 Procedência da população: mexicanas HIV: NE Faixa etária: 15-25 anos.	Comportamento feminino socialmente esperado, associado à submissão feminina, não-negociação do uso do preservativo/resistência masculina para não usar preservativo ➤ Os valores que embasam o noivado são fortalecidos pelas virtudes femininas socialmente aceitas, como a obediência, passividade, que dificultam negociar ou impor pontos de vista ou adotar condutas seguras, inclusive decidir quando tiver sexo. Algumas mulheres afirmaram que os noivos negaram-se a usar algum tipo de anticoncepcivo, incluindo o preservativo.

continua...

continuação...

Código	Características da população	Tema central: NORMA SOCIAL
IP-25	País da pesquisa: Itália (Roma) Ano: 2001-2002 Procedência da população: romanas HIV: NE Faixa etária: 18-52 anos	Aspectos culturais que favorecem a dominação e poligamia masculina, associados a relações sexuais coercitivas, submissão feminina e incapacidade de enfrentar barreiras culturais e não-uso de preservativo ➤ A mulher deve ser fiel durante toda a vida do casamento, independente da violência ou relacionamento extraconjugal do esposo, que é amplamente aceito, tanto por homens, quanto por mulheres, devido à crença de que o homem tem uma forte necessidade sexual. ➤ As mulheres geralmente recebem violência física, quando não aceitam a proposta de relacionamento sexual do homem. ➤ A principal finalidade de proteção sexual foi prevenir a gravidez e evitar repetidos abortos. Desta maneira, embora amplamente conhecido que o preservativo protege de DSTs, preferia-se outro método para controle da natalidade, como o dispositivo intra-uterino, pílulas, coito interrompido. ➤ Todas as mulheres afirmaram que a decisão de usar preservativo no relacionamento é do homem, as mulheres conhecem pouco sobre o preservativo, sentem que não é socialmente aceitável que a mulher converse sobre esses temas e temem reações agressivas do esposo se falam do uso do mesmo.
IL-37	País da pesquisa: Brasil Ano: 2002 Procedência da população: alunas brasileiras de enfermagem HIV: NE Faixa etária: 19-32 anos	Comportamento feminino socialmente esperado, associado à submissão feminina, não-negociação do uso do preservativo, naturalização da poligamia masculina e não-percepção da vulnerabilidade ➤ As mulheres ficaram em uma situação passiva em relação à negociação do preservativo quando o homem encontra-se embriagado. ➤ Os jogos de poderes construídos entre os homens e mulheres se configuram em uma maior dificuldade para a negociação do uso das medidas preventivas. ➤ As representações sociais de sexo para as mulheres representam padrões de subjetividade, onde o amor e outros sentimentos são predominantes. Sentimentos que as colocam em situações de vulnerabilidade, tendo em vista a dificuldade de assegurar o comportamento de seus companheiros, bem como a cumplicidade com que acabam encarando a infidelidade masculina. ➤ O fato de as mulheres estarem ambientadas no espaço privado/doméstico foi determinante para uma menor preocupação com a proteção, por acreditarem em uma menor vulnerabilidade às DST.
IL-32	País da pesquisa: Brasil Ano: NE Procedência da população: brasileiras HIV: NE Faixa etária: 17- 44 anos	Naturalização da poligamia masculina associada à não-percepção da vulnerabilidade ➤ A crença de que a natureza do homem exige procurar diversas parceiras e, por tal, que o esposo tem necessidades que precisa satisfazer fora do ambiente familiar, permite que essas mulheres se preocupem menos com as atividades sexuais dos esposos, entorpecendo a prevenção da transmissão do HIV. Algumas mulheres afirmaram que o esposo tem apenas “sexo” com outra mulher e com a esposa na casa o esposo faz “amor” e que é comum aceitar a infidelidade masculina.

continua...

continuação...

Código	Características da população	Tema central: NORMA SOCIAL
IB-47	País da pesquisa: Brasil Ano: 2006 Procedência da população: brasileiras HIV: NE Faixa etária: 20-49 anos	Aspectos culturais que favorecem a poligamia masculina, associados à submissão feminina ➤ As mulheres expressaram desconfiança tolerada em relação ao comportamento sexual do parceiro, que reflete a desigualdade presente na construção sociocultural dos papéis masculino e feminino, amparados no sistema de gênero, uma vez que algumas mulheres expressaram desconfiar dos esposos pelo fato de serem homens, e considerar que todos os homens são infiéis. Ou estar cientes de que em alguns momentos da vida o parceiro já teve relacionamentos passageiros.
ID-48	País da pesquisa: Brasil Ano: NE Procedência da população: brasileiras HIV: (+) Faixa etária: 19-37anos	Naturalização da poligamia do parceiro, associada à não-percepção da vulnerabilidade As mulheres soropositivas manifestaram que, em alguns casos, antes de serem infectadas, tinham certeza da poligamia do parceiro, sendo cúmplices do comportamento extraconjugal do parceiro.
IL-33	País da pesquisa: Brasil Ano: NE Procedência da população: brasileiras HIV: (+) Faixa etária: 31- 35 anos	Domínio masculino associado à submissão feminina e relações sexuais coercitivas ➤ A vulnerabilidade feminina à infecção pelo HIV é representada na falta de recursos físicos das mulheres usuárias de drogas para se defender de agressões na rua , aspectos que predispõem às vicissitudes da exclusão de gênero , fragilizando a mulher, tornando-a mais suscetível à violência e às moléstias , inclusive à infecção pelo HIV. Por tal, as mulheres afirmaram que é importante um companheiro masculino que fizesse, às vezes, o papel de defensor.
IL-34	País da pesquisa: Brasil Ano: 1998-2002 Procedência da população: brasileiras HIV: (+) Faixa etária: NE	Domínio masculino associado a limitações para enfrentar barreiras culturais, submissão feminina e não-uso do preservativo ➤ Influência de fatores culturais, marcadamente das sociedades latino-americanas, onde a supremacia do homem sobre a mulher é encarada com naturalidade: uma das mulheres relatou que o marido, embora soubesse ser portador do HIV, obrigava-a a manter relações sexuais sem uso de preservativo.

Nesta pesquisa, escolheu-se identificar a frequência do tamanho do efeito, dada a importância de conhecer qual dos elementos de vulnerabilidade tem maior evidência científica. Por isto, não foi identificada a intensidade do tamanho do efeito, dado que não é de interesse saber qual estudo contribuiu com o maior número de elementos de vulnerabilidade.

A frequência do tamanho do efeito dos elementos de vulnerabilidade feminina ao HIV, segundo temática central, foi: para norma social 0,31 (17 publicações) para migração 0,15 (8 publicações), para contexto do relacionamento sexual estável da mulher 0,39 (21 publicações), para condição socioeconômica insuficiente 0,31 (17 publicações); para contexto socioeconômico do país 0,09 (4 publicações) e para gestão de saúde 0,28 (15 publicações) (Quadros 10, 11, 12, 13, 14 e 15).

O resultado do tamanho do efeito por temática indica que os elementos da vulnerabilidade ao HIV, relacionados com o contexto do relacionamento sexual estável da mulher, condição socioeconômica insuficiente da mulher, normas sociais e gestão de saúde influenciam de forma marcante na vulnerabilidade ao HIV. No entanto, pode refletir o maior interesse dos autores das evidências identificadas, nessas temáticas.

O quadro 10 apresenta os elementos da vulnerabilidade feminina aos relacionados com a temática “*normas sociais*” nos diferentes países.

Observam-se nesse quadro diferentes associações de elementos da vulnerabilidade em vários países, todos permeados por normas sociais que limitam a mulher de ter autonomia sobre a própria sexualidade, privilegiando os desejos e comportamentos sexuais masculinos, em detrimento dos femininos. Embora presentes com maior intensidade nos países africanos, os mesmos também se encontram em países como Brasil, Argentina, México e Itália, porém com menor intensidade.

Nos países africanos, os estudos desenvolvidos de 1980 até 2006 mostram elementos da vulnerabilidade feminina ao HIV referidos ao domínio masculino sobre a sexualidade da mulher, mantida sob agressões e em submissão, que se expressam nas relações coercitivas, na falta de liberdade de escolha das condições e do momento para ter um relacionamento sexual. Esses elementos foram identificados nos países pobres da África e em uma ampla faixa etária, compreendida dos 13 aos

53 anos, populações que foram alvo dos estudos selecionados. Ainda, nos estudos do Canadá e EEUU, realizados com grupos de mulheres de ascendência africana, foram identificados os mesmos elementos, evidenciando a forte influência das normas sociais transmitidas entre as gerações de uma mesma cultura, embora, fora do contexto social em que foram assimiladas.

Nos estudos desenvolvidos na Argentina, no México, na Itália e no Brasil, apesar de as mulheres terem apresentado maior domínio sobre sua sexualidade, outros elementos associados às *normas sociais* influenciaram sua vulnerabilidade, como a naturalização da poligamia do homem, o comportamento sexual passivo e submisso da mulher, em que deve demonstrar inexperiência sexual, desconhecimento de temas sexuais e satisfazer os desejos sexuais do parceiro. Esses elementos foram encontrados em pesquisas desenvolvidas de 1994 até 2006, em mulheres com idades de 15 até 52 anos. Cabe ressaltar que esses elementos foram identificados em mulheres soronegativas ao HIV, como potencializadores da vulnerabilidade à infecção pelo vírus e, nas mulheres soropositivas ao HIV, como elementos que as tornaram mais vulneráveis, condicionando a transmissão do vírus, dado que fortalece e demonstra a influência dos elementos referentes às normas sociais na determinação da vulnerabilidade na aids.

A interação desses elementos fortalece a dominação masculina, contribuindo com a dificuldade feminina para adotar medidas preventivas, como o uso do preservativo ou não se submeter às relações sexuais coercitivas. Assim sendo, produzem limitações na mulher no enfrentamento de barreiras culturais, na percepção de sua vulnerabilidade ao HIV, na reação ao abuso sexual e na negociação do uso do preservativo.

Tendo em conta que o comportamento é socialmente aprendido, está regulado por normas sociais e constitui o último anel da corrente da vulnerabilidade, é importante considerar as normas sociais presentes no contexto em que os relacionamentos se desenvolvem, para o planejamento das ações e intervenção visando a quebrar a cadeia de interações entre os elementos.

No Quadro 11, estão descritos os elementos de vulnerabilidade feminina ao HIV relacionados à temática *migração*. Nesta temática, não se observou prevalência de estudos em um único país, mas uma distribuição heterogênea como se segue: continente africano (Maláui), Ásia (China e Nepal), América do Norte (EEUU,

México), Central (Guatemala, Nicarágua, Costa Rica, El Salvador, Honduras, Belize e Panamá) e Sul (Brasil). No entanto, foram identificados estudos sobre dois tipos de migração de homens ou mulheres, a legal e a ilegal.

Quadro 11 - Elementos de vulnerabilidade feminina ao HIV, segundo o tema central migração. São Paulo - 2008

Código	Características da população	Tema central: MIGRAÇÃO	Frequência do tamanho do efeito: 0,15 (8 publicações)
IW-42	País da pesquisa: Maláui Ano: NE Procedência da população: de Maláui. HIV: NE Faixa etária: NA	Migração masculina associada à naturalização da poligamia masculina e não-uso do preservativo <ul style="list-style-type: none"> ➤ A combinação da naturalidade do sexo no dia-a-dia com a necessidade de migração masculina por contratos laborais têm introduzido a idéia de que o homem, não só deseja, mas também necessita ter uma fonte de sexo extraconjugal, quando estão longe de suas esposas por algum período longo de tempo. ➤ O uso de preservativo é recusado pela maioria dos adultos rurais, por representar imoralidade ou anormalidade. ➤ A maioria das pessoas tem sexo pré e extraconjugal baseados em uma velha cultura que vê como uma atividade normal. ➤ Os homens, dadas suas atividades de comércio e hábitos alcoólicos, freqüentavam bares para beber e ter relações sexuais com profissionais do sexo. Quando os homens recebem o dinheiro de suas atividades comerciais, convivem com várias mulheres em troca de dinheiro. Situações que aumentaram a vulnerabilidade ao HIV dos homens e suas esposas, quando voltavam a seus lares e mantinham relações sexuais com elas. 	
IW-39	País da pesquisa: África Ano: NE Procedência da população: Discorre sobre a relação que existe entre a pobreza da África e a aids. HIV: NA Faixa etária: NA	Migração masculina associada à poligamia e atitudes negativas do uso do preservativo <ul style="list-style-type: none"> ➤ A migração masculina, em busca de oportunidades de trabalho, aumenta a vulnerabilidade feminina ao HIV, uma vez que os homens são infectados com o vírus quando estão fora de casa por meio de contato sexual com outras mulheres, e ao retornar a casa infectam as esposas. 	
IP-27	País da pesquisa: Nepal Ano: 2001 Procedência da população: mulheres rurais de comunidades migrantes no Nepal. HIV: NE Faixa etária: 15-49 anos	Migração ilegal masculina associada a não-acesso da informação sobre HIV <ul style="list-style-type: none"> ➤ Estima-se que quase um milhão de homens nepaleses migra para a Índia em busca de trabalho, retornando a casa depois de vários meses. A maioria deles pertence a zonas rurais. Os migrantes freqüentemente têm acesso mais limitado à informação de saúde na sua própria língua, incluindo informação referente ao HIV/DST e sexualidade, dificultando encontrar, acessar ou se preocupar por procurar serviços de saúde, além de não procurar serviços de saúde pelo temor de serem deportados. Por tal, as oportunidades dos homens de procurar diagnóstico e tratamento antes de retornar a casa são obstaculizadas, tornando as esposas dos mesmos vulneráveis ao HIV/DST. 	

continua...

continuação...

Código	Características da população	Tema central: MIGRAÇÃO
IP-02	<p>País da pesquisa: cidades portuárias de Guatemala, México, Nicarágua, Costa Rica, El Salvador, Honduras, Belize e Panamá.</p> <p>Ano: 2001</p> <p>Procedência da população: migrantes legais e não legais.</p> <p>HIV: (-)</p> <p>Faixa etária: > 16 anos</p>	<p>Migração ilegal associada à condição econômica insuficiente e trabalho sexual/relações sexuais coercitivas</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ As mulheres migrantes ilegais, as quais têm sido deportadas ou têm falta de recursos econômicos, exerceram o trabalho sexual como meio de sobrevivência. ➤ A maioria das mulheres é freqüentemente forçada a ter relações sexuais com as autoridades da fronteira para receber autorização para atravessar as fronteiras. <p><small>*compreende a dinâmica da mobilidade constante de populações em suas diversas formas, e não no conceito-padrão de migração permanente (mudança e fixação de residência) ou migração temporária (migração para trabalho: cíclico, por temporada ou trabalho temporário).</small></p>
IP-02	<p>País da pesquisa: cidades portuárias de Guatemala, México, Nicarágua, Costa Rica, El Salvador, Honduras, Belize e Panamá.</p> <p>Ano: 2001</p> <p>Procedência da população: migrantes legais e não legais.</p> <p>HIV: (-)</p> <p>Faixa etária: > 16 anos</p>	<p>Migração ilegal associada a não-acesso aos serviços de saúde/falta de oferta de serviços de saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Poucos serviços públicos estão disponíveis nas fronteiras, em particular os serviços de saúde. ➤ As trabalhadoras sexuais, em sua maioria, são migrantes ilegais, por tal, é menos provável que procurem um serviço governamental pelo temor de serem deportadas.
IP-26	<p>País da pesquisa: EEUU</p> <p>Ano: NE</p> <p>Procedência da população: mulheres latinas e hispânicas</p> <p>HIV: (+)</p> <p>Faixa etária: 29-60 anos</p>	<p>Migração ilegal associada a relações sexuais coercitivas e falta de acesso à proteção legal do abuso sexual</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ A mulher ilegal foi forçada a permanecer em relacionamentos onde o abuso foi freqüente, permanecendo isolada, com pouco ou nenhum acesso a entidades de proteção pelo temor de ser deportada. ➤ A condição de imigrante, freqüentemente, gera uma dependência em outras pessoas como garantias de permanência, exemplo: casar-se com alguém para conseguir legalizar sua situação no país ou procurar homens com dinheiro para iniciar uma relação, no intuito de procurar uma saída à pobreza, situação que coloca a mulher em uma situação de risco para abuso físico, verbal e emocional, assim como aumenta sua vulnerabilidade ao HIV.

continua...

continuação...

Código	Características da população	Tema central: MIGRAÇÃO
IP-16	<p>País da pesquisa: China</p> <p>Ano: NE</p> <p>Procedência da população: migrantes de Filipinas, Indonésia, Tailândia e Ásia do sul.</p> <p>HIV: NE</p> <p>Faixa etária: 25-44 anos</p>	<p>Migração relacionada a não-acesso da informação sobre HIV</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ O conhecimento geral relacionado ao HIV, das mulheres trabalhadoras migrantes, foi inadequado. O tempo de permanência em Hong Kong aparentemente não tem tido impacto no conhecimento das mulheres trabalhadoras migrantes, sobre a disponibilidade de informação relacionada à aids e recursos de educação (não sabiam onde conseguir informação relacionada à aids e poucas estavam informadas da disponibilidade dos serviços de apoio relacionados à aids). ➤ A maioria das mulheres trabalhadoras migrantes desconhecia onde acessar ao aconselhamento sobre aids, no entanto elas conheciam onde podiam realizar o teste anti-HIV (talvez por que foram testadas obrigatoriamente para obter o emprego, ou porque assumiam que nos hospitais do setor público eram oferecidos).
IP-17	<p>País da pesquisa: Região Subsaariana da África</p> <p>Ano: 1980-2002</p> <p>Procedência da população: Avalia as mudanças políticas, sociais e econômicas que afetam a vulnerabilidade das mulheres.</p> <p>HIV: NA</p> <p>Faixa etária: NA</p>	<p>Migração associada a mudanças sociais que favorecem comportamentos sexuais de maior vulnerabilidade, condição econômica insuficiente e trabalho sexual</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ A migração para cidades maiores com normas sociais mais liberais que as rurais aumentam a probabilidade de mulheres solteiras ou casadas que migraram sem os esposos, por períodos compridos, a se comprometerem em comportamento sexual de alto risco, como meio de sobrevivência ou obtenção de bens, uma vez que freqüentemente ganham baixo salário. ➤ Os problemas de guerra e enfrentamento civis geram deslocamento das populações, com interrupção dos relacionamentos e coesão social, promiscuidade e comércio sexual.
IL-32	<p>País da pesquisa: Brasil</p> <p>Ano: NE</p> <p>Procedência da população: brasileiras</p> <p>HIV: NE</p> <p>Faixa etária: 17- 44 anos</p>	<p>Migração associada às mudanças sociais que facilitam comportamentos sexuais de maior vulnerabilidade</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Muitas mulheres destacaram que migrar à cidade aumenta as oportunidades para ter relações sexuais, ter mais vida social ativa, maior promiscuidade, dado que o controle dos pais é ausente, aumentando o risco de contaminação pelo HIV.

A migração é um fenômeno social que pode se originar no elevado índice de pobreza da população, decorrente de uma deficiente estrutura política, social e econômica da cidade ou país que possibilite ao seu povo o exercício pleno da cidadania. Os migrantes, quase sempre, abandonam seu local de origem em busca de melhores oportunidades de desenvolvimento social e econômico. Contudo o processo de migração expõe a vulnerabilidade ao HIV, seja pelas condições em que ocorre, seja pelo processo de adaptação cultural e social necessário à inserção no novo território.

Os estudos sobre a migração masculina, como elemento que traz vulnerabilidade à mulher ao HIV, envolveram a poligamia masculina, atitudes negativas sobre o uso do preservativo, não-acesso à informação sobre HIV, a serviços de saúde e à inexistência de ações de aconselhamento. Nesses estudos, os homens, atraídos por melhores ofertas de trabalho, se afastaram de suas famílias por longos períodos de tempo, tornando-se um migrante na nova cidade; períodos prolongados e distantes da parceira associados à naturalização da poligamia masculina e atitudes negativas sobre o uso do preservativo contribuíram para que mantivessem relações sexuais desprotegidas com mulheres, trabalhadoras sexuais ou não. Tal comportamento aumentou sua própria vulnerabilidade ao HIV e, ao voltar ao ambiente familiar, a da sua esposa/parceira. Nos casos em que os migrantes não tinham acesso aos serviços de saúde, à informação na sua própria língua, seja pela sua condição ilegal ou pela sua exclusão do planejamento das ações de prevenção e promoção, sua vulnerabilidade se elevou. Os estudos sobre migrantes tiveram como base uma análise geral dos países pobres do continente africano, no Nepal e em Maláui. Esse último considerado no Relatório do Fundo Monetário Internacional, para o ano de 2005, como um dos países mais pobres do mundo, além de terem a agricultura como base da economia e um acesso deficiente a serviços de educação, porém com pequenas diferenças de desenvolvimento entre suas cidades que sustentavam movimentos migratórios contínuos (UNAIDS, 2007).

Em relação à migração feminina como elemento de vulnerabilidade, os estudos também mostraram interações com outros elementos, tais como condição econômica insuficiente da mulher, trabalho sexual como meio de subsistência, relações sexuais coercitivas, não-acesso aos serviços de saúde, dependência econômica. As interações entre esses elementos tiveram lugar quando a mulher

emigra de uma cidade para outra, em busca de melhores rendimentos econômicos, porém continua recebendo baixos salários e acaba por manter relacionamentos sexuais em troca de alimento ou dinheiro.

Ainda, na condição de migrante ilegal, em que estavam desprovidas de qualquer proteção social, somaram-se relações sexuais coercitivas, iniciadas pelos funcionários das fronteiras que permitiram a entrada ilegal no país em troca de relacionamentos sexuais ou, com o intuito de sair da pobreza, mantinham relacionamentos com homens ricos, submetendo-se às condições por eles estabelecidas.

Da mesma maneira que na migração masculina, na feminina, quer seja legal ou ilegal, a vulnerabilidade foi potencializada pela falta de acesso à informação sobre HIV, aos serviços de saúde, acrescidas da ausência de proteção legal no caso de abuso sexual. Esses estudos foram desenvolvidos em países com melhor situação socioeconômica que nos estudos sobre migração masculina: em países portuários da América Central, ou da América do Norte como México e EEUU, onde geralmente mulheres africanas ou hispânicas imigraram devido à procura de melhor acesso a recursos econômicos. Outros estudos, realizados no Brasil e na África, analisaram migrações internas, decorrentes das mesmas razões descritas anteriormente. Embora a maioria dos estudos não tivesse especificado a data em que foi realizado, nem a faixa etária das mulheres, através de outros dados foi possível inferir que se realizaram no período entre 1980 até 2002 e que, a faixa etária foi de 16 até os 60 anos, sendo que um grupo delas era soropositiva ao HIV. Tais dados fortalecem a evidência da migração como elemento de vulnerabilidade feminina ao HIV.

Assim sendo, o contexto em que os processos de migração são desenvolvidos deve ser considerado na análise e planejamento das ações de prevenção, visando a quebrar a cadeia de interações da vulnerabilidade feminina ao HIV.

No seguinte quadro, expõem-se os elementos de vulnerabilidade que tiveram como tema central “*contexto do relacionamento sexual estável*”. Referem-se à parceria estável tanto das mulheres que exercem o trabalho sexual quanto das não trabalhadoras sexuais. Nesse contexto, embora em relacionamento estável, diferentes elementos interagem tornando a mulher vulnerável ao HIV, como percepção inadequada ou ausente da vulnerabilidade ao HIV, percepção da transmissão do HIV como própria de “grupos de risco”, insuficiente conhecimento sobre HIV,

desinteresse por práticas de prevenção, confiança na fidelidade do parceiro, naturalização da poligamia masculina, submissão perante a negação do parceiro em usar o preservativo para manter o relacionamento, omissão do parceiro do seu estado de soropositividade ao HIV e atitudes negativas perante o uso do preservativo (Quadro 12).

Nos estudos com trabalhadoras sexuais, esses elementos interagiram em diversas situações, pois, embora conhecedoras dos meios de transmissão e prevenção do HIV, adotaram práticas de prevenção apenas com clientes, mas não em seus relacionamentos sexuais considerados estáveis. Nestes, as mulheres privilegiaram sentimentos em detrimento das práticas sexuais seguras, justificando-se pela afetividade mantida com o parceiro, desconsiderando sua vulnerabilidade ao HIV. Por vezes, baseadas na segurança que o suposto relacionamento estável lhes oferecia, confiaram na fidelidade do parceiro. No entanto, nesses estudos verificou-se que tais condições, acrescidas da poligamia masculina, foram causas da infecção pelo HIV nessas mulheres.

Nas mulheres não trabalhadoras sexuais, os mesmos elementos da vulnerabilidade se fizeram presentes. Contudo, identificaram-se outros, como insuficiente conhecimento sobre HIV ou desconsideração da situação de exposição, pelo temor de questionar a fidelidade masculina ao propor o uso do preservativo, valor essencial nos relacionamentos estáveis. A naturalização da poligamia masculina e a credibilidade de que o parceiro usava o preservativo nos relacionamentos extraconjugais tornaram desnecessário o uso do preservativo com o parceiro.

A vinculação da transmissão do HIV a “grupos de risco”, como usuários de drogas, prostituição e homossexualidade, contribuiu com a ausência de percepção da sua própria vulnerabilidade ao HIV, dado que não se reconheciam como integrantes desses grupos, mas sim protegidas pela estabilidade de seu relacionamento conjugal.

As publicações que destacaram as interações entre os elementos acima descritos foram desenvolvidas em países como Colômbia, Brasil, Argentina, Índia, Austrália, África do Sul, Israel e nos EEUU, mas com populações de origem africana, no período de 1994 a 2006. Tais resultados demonstram que os elementos da vulnerabilidade ao HIV, da mulher em relações estáveis, são similares em

diferentes partes do mundo e mantêm-se constantes através do tempo, perpassando fronteiras territoriais e temporais.

Cabe ressaltar que os elementos acima descritos estiveram presentes em pesquisas realizadas tanto com mulheres soropositivas (13), como com as soronegativas (17) ao HIV, reiterando a intensa influência exercida na vulnerabilidade feminina ao HIV. Daí, decorre a importância dos profissionais de saúde e dos planejadores de políticas de promoção e prevenção do HIV adotarem o conceito de vulnerabilidade como norteador das suas ações, para analisar a vulnerabilidade, tendo como pressuposto que todas as mulheres são vulneráveis ao vírus, à despeito do grupo social em que se inserem, ou do seu perfil, situação que não acontece quando a noção de grupos ou comportamentos de risco para o HIV permeia essas ações (Quadro 12).

Quadro 12 - Elementos de vulnerabilidade feminina ao HIV, segundo o tema central contexto do relacionamento sexual estável. São Paulo - 2008

Código	Características da população	Tema central: CONTEXTO DO RELACIONAMENTO SEXUAL ESTÁVEL Frequência do tamanho do efeito: 0,39 (21 publicações)
IP-02	País da pesquisa: cidades portuárias de Guatemala, México, Nicarágua, Costa Rica, El Salvador, Honduras, Belize e Panamá. Ano: 2001 Procedência da população: migrantes legais e não legais. HIV: (-) Faixa etária: > 16 anos	Parceria fixa das trabalhadoras sexuais associada à falta de percepção da vulnerabilidade e não-uso do preservativo. ➤ As trabalhadoras sexuais relataram não usar preservativo com seus parceiros, por não serem considerados clientes, mesmo sabendo que eles não são monogâmicos.
IP-05	País da pesquisa: Argentina (Buenos Aires) Ano: 1994 Procedência da população: argentinas HIV: (-) Faixa etária: 15-35 anos	Confiança na monogamia no relacionamento estável associado a não-uso do preservativo: O uso do preservativo é uma prática eventual, uma vez que o uso esteve sujeito aos momentos iniciais de uma relação ou a relacionamentos ocasionais. Nos casos definidos como estáveis, o uso é de forma alternada com outros métodos de cuidado ou simplesmente com nenhum, por relacionar “parceiro estável”/“conhecimento-confiança” com a seguridade de não contrair o HIV.
ID-52	País da pesquisa: Brasil Ano: 2005 Procedência da população: brasileiras HIV: (+) Faixa etária: NE	Parceria fixa das trabalhadoras sexuais associada à falta de percepção da vulnerabilidade e não-uso do preservativo ➤ As trabalhadoras sexuais soropositivas ao HIV relataram que, nas relações afetivas com o companheiro sexual, a valorização de outros elementos, como a manutenção de laços afetivos, influenciou diretamente a relação sexual sem proteção.
IP-21	País da pesquisa: Austrália Ano: 1995 Procedência da população: australianas HIV: NE Faixa etária: 18- 47 anos	Parceria fixa das trabalhadoras sexuais associada à poligamia masculina, falta de percepção da vulnerabilidade e não-uso de preservativo ➤ A maioria das trabalhadoras sexuais reconheceu que com os parceiros íntimos não usava preservativo, dado que seu uso faz sentir como se fosse um “trabalho”. Os relacionamentos íntimos foram freqüentemente identificados como fidedignos e permanentes, se o casal faz o teste anti-HIV. Se o resultado é negativo, o preservativo não é mais necessário nesse relacionamento íntimo. No entanto, muitos dos relacionamentos íntimos foram irregulares ou casuais, e as mulheres estiveram conscientes da múltipla parceria dos parceiros.

continua...

continuação...

Código	Características da população	Tema central: CONTEXTO DO RELACIONAMENTO SEXUAL ESTÁVEL
IP-30	País da pesquisa: Índia Ano: 2003-2004 Procedência da população: indianas HIV: NE Faixa etária: 16-54 anos	Parceria fixa das trabalhadoras sexuais associada à recusa do parceiro sobre o uso do preservativo ➤ O não-uso do preservativo, também, esteve relacionado com a parceria estável ou regular, associado ao desacordo do parceiro para usar o mesmo e ao desejo de ter filhos.
IP-08	País da pesquisa: EEUU (Texas). Ano: 1995 Procedência da população: mulheres hispânicas HIV: NE Faixa etária: 18-42 anos	Confiança na monogamia no relacionamento estável associado à não-percepção da vulnerabilidade e poligamia do parceiro ➤ As mulheres casadas e solteiras, em sua maioria, estiveram cientes das vantagens do uso do preservativo na prevenção das DSTs. No entanto, as mulheres mais velhas casadas ou com parceiro fixo foram mais vulneráveis às DSTs e HIV devido à falta de proteção, estando em risco pelo comportamento dos esposos.
IP-15	País da pesquisa: África Ano: NE Procedência da população: africanas HIV: (+) Faixa etária: 19-46 anos	Confiança na monogamia no relacionamento estável associado à poligamia do parceiro e aceitação da poligamia masculina ➤ Muitas mulheres soropositivas afirmaram confiar nos esposos, justificando o não-uso do preservativo. ➤ Em alguns casos, os homens questionavam a confiança para convencer as esposas de não usar preservativo. ➤ A infidelidade aconteceu particularmente quando o homem trabalhava fora da cidade. ➤ As mulheres perdoaram a infidelidade do parceiro, aceitando-o de volta para casa.
IP-12	País da pesquisa: África do Sul Ano: 1999 Procedência da população: africanas HIV: NE Faixa etária: 13-25 anos	Confiança na monogamia no relacionamento estável associado a não-uso do preservativo ➤ As mulheres tiveram a noção de que o preservativo geralmente não é necessário em relacionamentos estáveis, pela confiança no parceiro, reduzindo o uso do preservativo.

continua...

continuação...

Código	Características da população	Tema central: CONTEXTO DO RELACIONAMENTO SEXUAL ESTÁVEL
IP-18	País da pesquisa: África do Sul Ano: 2002 Procedência da população: africana HIV: (+/-) Faixa etária: 18-53 anos	Confiança na monogamia do relacionamento estável associado à falta de percepção da vulnerabilidade e poligamia masculina ➤ Algumas mulheres reconheceram as conexões entre violência, infidelidade do parceiro e risco de HIV, embora considerassem que o preservativo não é necessário em um relacionamento transitório.
IP-19	País da pesquisa: EEUU Ano: 1993 Procedência da população: africana HIV: (-) Faixa etária: 15-44 anos	Confiança na monogamia no relacionamento estável associado a interesse de práticas de prevenção e não-uso do preservativo ➤ A maioria das mulheres relatou não ter intenções de usar o preservativo com o parceiro sexual estável, em nenhum momento no futuro, baseada na associação entre convivência estável ou de longa duração associada com a não-intenção do uso do preservativo.
IP-22	País da pesquisa: Israel Ano: NE Procedência da população: américo-européias e israelitas HIV: NE Faixa etária: NE	Confiança na monogamia do parceiro em relacionamento estável associado à não-percepção da vulnerabilidade ➤ O não-uso do preservativo foi relacionado com as mulheres mais velhas e com as monogâmicas, embora com adequado conhecimento sobre HIV.
IP-29	País da pesquisa: Brasil Ano: 1998-1999 Procedência da população: brasileiras HIV: (+) Faixa etária: 22-59 anos	Confiança na monogamia do parceiro em relacionamento estável associada à não-percepção da vulnerabilidade e poligamia do parceiro ➤ As mulheres relataram que a infecção aconteceu em relacionamentos estáveis, pelos quais, julgavam-se pouco ou não vulneráveis à infecção pelo HIV. Situação somada à falta ou informação insuficiente sobre a transmissão e prevenção do HIV para uma atitude ativa (proteger-se ou não de forma consciente), e não adotaram comportamentos que as protegessem do vírus antes do diagnóstico positivo ao teste anti-HIV. ➤ A convivência prolongada e a confiança no companheiro, base das relações amorosas, deixam a mulher com o sentimento de que está imune e não levando em consideração a vida pregressa dele. A fidelidade e a situação conjugal aparecem como meios de proteção contra a infecção. ➤ Quando as mulheres consideram que são fiéis, cuidadosas e honestas, não enxergam sua vulnerabilidade, pois acreditam que nada pode lhes ocorrer de mal.

continua...

continuação...

Código	Características da população	Tema central: CONTEXTO DO RELACIONAMENTO SEXUAL ESTÁVEL
IL-32	País da pesquisa: Brasil Ano: NE Procedência da população: brasileiras HIV: NE Faixa etária: 17- 44 anos	Confiança na monogamia no relacionamento estável associado à não-percepção da vulnerabilidade ➤ As mulheres que confiaram na fidelidade do parceiro não exigiram o uso do preservativo.
IL-34	País da pesquisa: Brasil Ano: 1998-2002 Procedência da população: brasileiras HIV: (+) Faixa etária: NE	Confiança na monogamia do parceiro em relacionamento estável associado a não-uso do preservativo e bigamia do parceiro ➤ A confiança no esposo “acima de qualquer suspeita”, por ser esposo e “irmão” da igreja e o sentimento de proteção à transmissão do HIV, devido ao casamento, causaram a infecção de uma das mulheres, sem experiência sexual antes do casamento.
IL-35	País da pesquisa: Colômbia Ano: 2002 Procedência da população: colombianas HIV: NE Faixa etária: 13-65 anos	Confiança na monogamia do parceiro em relacionamento estável associado a não-uso do preservativo ➤ As mulheres casadas de alto nível econômico usavam o preservativo em menor proporção e se sentiram menos vulneráveis ao HIV que as mulheres não casadas.
IL-36	País da pesquisa: Brasil Ano: 2002 Procedência da população: brasileiras HIV: (+) Faixa etária: 21- 35 anos	Confiança na monogamia do parceiro em relacionamento estável associado a não-uso do preservativo e bigamia do parceiro ➤ As mulheres, antes de adquirir o HIV, não se perceberam vulneráveis, principalmente, por cumprir papel que se espera delas: “o amor monogâmico” e dedicação ao lar e à família, portanto, não pertenciam a nenhum “grupo de risco” ou por acreditarem que, na sua relação monogâmica, existiam amor, confiança e respeito entre o casal. ➤ Apesar de, no discurso das mulheres soropositivas, estar presente a traição dos homens, isto não se constitui, numa representação imposta. Sua importância foi diluída em favor das outras coisas construídas e obtidas na vida conjugal, deixando claro que há uma escala hierárquica das representações da vida conjugal: a fidelidade é algo muito importante. ➤ As mulheres manifestaram que à medida que o relacionamento se tornou amoroso, mais do que sexual e estável, se admitiu o risco de ter relacionamentos sexuais sem proteção, e usar outro método anticonceptivo, que não a camisinha, desconsiderando o risco da transmissão do HIV. O que não acontecia quando o desejo sexual unia o casal. Por tal, mais do que ausência do poder de negociação no uso do preservativo existiu uma desconsideração do risco, baseada na confiança e estabilidade da relação e desejo de ter filhos.

continua...

continuação...

Código	Características da população	Tema central: CONTEXTO DO RELACIONAMENTO SEXUAL ESTÁVEL
IW-40	País da pesquisa: México Ano: 2001-2002 Procedência da população: mexicanas HIV: NE Faixa etária: 15-25 anos.	Confiança na monogamia do parceiro em relacionamento estável associado à não-percepção da vulnerabilidade ➤ No noivado*, a confiança limita o questionamento sobre a saúde ou conduta sexual do parceiro, uma vez que as mulheres sentiam que isso pode ser interpretado como falta de confiança. ➤ No noivado*, a fidelidade limita a possibilidade de negociar o uso do preservativo, dado que implica reconhecer uma vida sexual fora do relacionamento da mulher, saindo do marco sobre sexualidade socialmente aceito, assim como suspeitar da infidelidade do parceiro. <small>* modalidade de prática baseada no intercâmbio de favores sexuais por benefícios sociais ou materiais.</small>
IB-46	País da pesquisa: Brasil Ano: 2003-2004 Procedência da população: brasileiras HIV: (+/-) Faixa etária: 30-51 anos	Confiança na monogamia no relacionamento estável associado a não-uso do preservativo ➤ A confiança no parceiro foi um fator determinante de vulnerabilidade para a mulher para se infectarem com o HIV, uma vez que, antes de se infectarem, não se perceberam em risco para a aquisição do HIV, pois mantinham uma relação estável e vínculo afetivo com a parceira.
IB-47	País da pesquisa: Brasil Ano: 2006 Procedência da população: brasileiras HIV: NE Faixa etária: 20-49 anos	Confiança na monogamia no relacionamento estável associado à não-percepção da vulnerabilidade ➤ Verificou-se que as mulheres associaram fortemente a prevenção do HIV com a confiança/desconfiança no comportamento sexual do parceiro. O grau de confiabilidade do comportamento sexual do parceiro foi citado como um dos obstáculos para a prevenção, baseado na confiança mútua. ➤ No caso, a mulher desconfia do homem, em relação a relacionamentos extraconjugais, confia que o homem se protege fora, e em casa, com a mulher, não existe a necessidade.
ID-53	País da pesquisa: Brasil Ano: 1997-2004 Procedência da população: brasileiras HIV: (-) Faixa etária: NA	Confiança na monogamia no relacionamento estável associado à poligamia do parceiro, submissão feminina e não-uso do preservativo ➤ A estabilidade nas relações conjugais, a confiabilidade na fidelidade conjugal, a subalternidade da mulher, a dependência econômica, a ausência do companheiro e a omissão do diagnóstico ao parceiro influenciaram a vulnerabilidade da mulher ao HIV. ➤ As mulheres consideraram desnecessário o uso do preservativo, dado o sentimento de fidelidade e a crença de ser parceira única do seu companheiro. ➤ Algumas representações estiveram permeadas pela suspeita de um comportamento de risco do companheiro, mas sua condição de mulher não lhes permitiu a adoção de medidas que as protegessem da contaminação na relação com o parceiro, justificada pelo sentimento de amor ao companheiro, que poderia compensar o risco.

continua...

continuação...

Código	Características da população	Tema central: CONTEXTO DO RELACIONAMENTO SEXUAL ESTÁVEL
ID-48	País da pesquisa: Brasil Ano: NE Procedência da população: brasileiras HIV: (+) Faixa etária: 19-37anos	Não revelar o resultado soropositivo ao HIV por parte dos homens ➤ O fato de retardar ou omitir o resultado de soropositividade ao HIV, por parte dos homens, tem aumentado a vulnerabilidade das mulheres.

No Quadro 13, apresentam-se os elementos de vulnerabilidade ao HIV referentes à *condição socioeconômica insuficiente*. Cabe destacar que elementos relacionados com esta temática também permeiam outras, como migração e acesso à educação (Quadro 13).

Um pouco mais de 50% dos estudos estiveram concentrados em populações procedentes de países pobres do continente africano, onde a epidemia do HIV em mulheres é expressiva. A situação de profunda pobreza desse país é mais acentuada na população feminina, dado o menor acesso à educação, ao mercado laboral e ao financeiro, o que gera uma profunda dependência econômica do homem e em decorrência disso, submissão às condições de relacionamento estabelecidas pelos parceiros. Os elementos de vulnerabilidade ao HIV associados a essa temática se referiram a: desemprego, baixo salário, trabalho sexual em troca de dinheiro ou bens, analfabetismo, falta de informação sobre HIV, gerando submissão feminina às condições sexuais dos parceiros, assédio e abuso sexual.

Muitas das situações, em que as mulheres de países pobres da África trocaram sexo por dinheiro ou bens, aconteceram com mulheres analfabetas, desempregadas ou com baixos salários. Esse comportamento esteve presente em mulheres com baixos recursos econômicos, com ou sem filhos ou sem apoio econômico do esposo. A profunda dependência do homem, o não-acesso ao crédito financeiro, desemprego e o limitado acesso ao mercado laboral, seja pela discriminação feminina ou pelo baixo grau de escolaridade que incluiu o analfabetismo, lhes dificultaram ter autonomia.

Além disso, as mulheres dos países pobres da África também foram submetidas a relações sexuais coercitivas ou abuso sexual dos próprios parceiros, dada a profunda dependência econômica do homem que limitou a negociação do uso do preservativo, sendo obrigadas a aceitar as condições impostas pelos parceiros, inclusive a poligamia masculina.

As pesquisas desenvolvidas nos EEUU, Brasil, Índia, Austrália e Ucrânia foram realizadas com mulheres pertencentes a determinados grupos socialmente excluídos, como mulheres UDI ou trabalhadoras sexuais, que adotaram o trabalho sexual como meio de sobrevivência ou para obter drogas, situação que as tornou vulneráveis, dada a incapacidade de propor ou impor o preservativo, seja pelo medo

de perder o cliente, desconhecimento sobre os meios de prevenção e falta de acesso aos preservativos.

Quadro 13 - Elementos de vulnerabilidade feminina ao HIV, segundo o tema central condição econômica insuficiente. São Paulo - 2008

Código	Características da população	Tema central: CONDIÇÃO SOCIOECONÔMICA INSUFICIENTE	Frequência do tamanho do efeito: 0,31 (17 publicações)
IP-9	País da pesquisa: África do Sul Ano: 1988 Procedência da população: africana HIV: (-) Faixa etária: 15- 49 anos Idade média: NE	Condição socioeconômica insuficiente associada ao acesso à informação sobre transmissão e prevenção do HIV ➤ As mulheres pobres tiveram menos probabilidade de estarem informadas sobre HIV/AIDS ou sobre as vias de transmissão sexual do vírus e maior comprometimento em comportamento sexual de risco, em comparação com as mulheres de maior nível econômico.	
IP-17	País da pesquisa: Região Subsaariana da África Ano: 1980-2002 Procedência da população: Avalia as mudanças políticas, sociais e econômicas que afetam a vulnerabilidade das mulheres. HIV: NA Faixa etária: NA	Condição econômica insuficiente associada a trabalho sexual feminino e não-uso do preservativo ➤ O intercâmbio de sexo por dinheiro das mulheres solteiras, viúvas ou separadas é uma estratégia de sobrevivência e aquisição de bens.	
IP-18	País da pesquisa: África do Sul Ano: 2002 Procedência da população: africana HIV: (+/-) Faixa etária: 18-53 anos	Condição econômica insuficiente associada a trabalho sexual feminino e não-uso do preservativo ➤ Algumas mulheres sentiram que a dependência econômica do homem e as limitadas oportunidades financeiras as pressionaram para comprometer-se com “sexo por sobrevivência” (intercâmbio de sexo por dinheiro ou comida).	

continua...

continuação...

Código	Características da população	Tema central: CONDIÇÃO SOCIOECONÔMICA INSUFICIENTE
IP-24	País da pesquisa: Região Subsaariana da África Ano: 1980-2000 Procedência da população: Analisa como os ajustes econômicos dos países influenciam na vulnerabilidade da mulher HIV: NA Faixa etária: NA Idade média: NA	Condição econômica feminina deficiente associada ao trabalho sexual ou abuso ➤ A privatização gera significativas perdas de trabalho do setor público, sem o incremento necessário no setor privado. Para melhorar a eficiência e manter os custos de produção, as empresas privadas reduzem o preço da mão-de-obra, congelando os salários e reduzindo os empregos. Desta maneira o desemprego, baixos salários e instabilidade laboral, gerada pela privatização, não só incrementam a adoção de estratégias de sobrevivência da mulher, como a prostituição, mas também conflitos no relacionamento conjugal, assédio e abuso sexual.
IP-11	País da pesquisa: Maláui Ano: 2003 Procedência da população: africanas HIV: NE Faixa etária: 14-49 anos	Condição econômica familiar insuficiente associada ao trabalho sexual feminino e não-uso do preservativo ➤ A maioria das mulheres nunca estudou, e por tal não estiveram habilitadas para os trabalhos e estiveram desempregadas, quando empregadas, os salários foram menores que os dos homens. ➤ O desemprego obrigou algumas mulheres a ter encontros sexuais por sobrevivência, prática comum encontrada entre as mulheres do estudo, como meio para complementar os ingressos escassos, visando a alimentar aos filhos. Essas ações são desenvolvidas sem ou com consentimento dos esposos.
IW-43	País da pesquisa: Maláui Ano: NE Procedência da população: analisa o impacto da violência sexual na transmissão do HIV/AIDS e nos direitos de saúde sexual e reprodutiva da mulher de Maláui HIV: NE Faixa etária: NA	Dependência dos homens para as mulheres desenvolverem atividades comerciais associadas a intercâmbio sexual por dinheiro ou alimento ➤ O domínio masculino da atividade da pesca e falta de dinheiro das mulheres as tornaram vulneráveis ao HIV, uma vez que, pela falta de dinheiro para comprar alimento, as mulheres freqüentemente comercializam sexo com os pescadores ou homens compradores de peixe, como meio para obter o mesmo. ➤ A competição entre as mulheres por trabalho, que é dominado por homens, aumenta a vulnerabilidade ao HIV, dado que os homens que comprem pescado dos pescadores precisam transportar o pescado dos botes aos lugares para serem secos, trabalho considerado como feminino e é remunerado. Dado o desemprego feminino e a falta de dinheiro, existe uma competição entre as mulheres para assegurar esse trabalho, o que obriga a intercambiar sexo com os compradores de pescado, os mesmos que têm múltiplas parceiras.

continua...

continuação...

Código	Características da população	Tema central: CONDIÇÃO SOCIOECONÔMICA INSUFICIENTE
		<ul style="list-style-type: none"> ➤ O domínio masculino no relacionamento sexual prevalece em todo o distrito e está relacionado com a transmissão do HIV pelo sexo forçado e falta de uso de preservativo, por isso, as mulheres são freqüentemente ineficientes na prevenção da transmissão do HIV. ➤ Dado o domínio masculino, algumas mulheres vêem o sexo como uma obrigação conjugal. E alguns homens obrigam as mulheres a ter relações sexuais para engravidar e provar sua masculinidade.
IP-07	País da pesquisa: Cameron Ano: 2001 Procedência da população: africana HIV: (-) Faixa etária: NA	Condição econômica insuficiente associada a trabalho sexual feminino e não-uso do preservativo <ul style="list-style-type: none"> ➤ Com o início do comércio de madeira, vários homens, moradores de vilas vizinhas, migraram para a vila da serraria. Dado o bom salário dos trabalhadores, que os diferenciava dos moradores locais, várias mulheres pobres migraram para a vila da serraria nos dias de pagamento para exercer a prática do comércio sexual. ➤ Afluxo de homens sem famílias em uma comunidade, decorrente da instalação de uma indústria, com bons salários, que contribui para o aumento da exploração sexual de mulheres pobres dessa comunidade.
IP-18	País da pesquisa: África do Sul Ano: 2002 Procedência da população: africana HIV: (+/-) Faixa etária: 18-53 anos	Dependência econômica no homem e violência masculina associada à submissão feminina, poligamia masculina e não-uso do preservativo <ul style="list-style-type: none"> ➤ A dependência financeira e controle dos parceiros impediram a mulher de evitar relacionamentos de risco e serviu de incentivo aos parceiros que, direta ou indiretamente, relacionaram a submissão sexual a recompensas econômicas. ➤ No contexto de violência, discutir sobre infidelidade, uso do preservativo, DST/HIV (alguns parceiros não acreditaram na existência do HIV, ainda quando ela ou ele estiveram infectados), foi na maioria das vezes negada e ocasionalmente viável.
IP-18	País da pesquisa: África do Sul Ano: 2002 Procedência da população: africana HIV: (+/-) Faixa etária: 18-53 anos	Dependência econômica do parceiro associada a relações sexuais coercitivas, poligamia masculina e não-uso do preservativo <ul style="list-style-type: none"> ➤ As mulheres expressaram que, freqüentemente, foram forçadas a suportar violência, sexo forçado, infidelidade masculina, devido à dependência financeira nos homens, reconhecendo que estiveram em risco de transmissão do HIV.
IW-44	País da pesquisa: África Ano: 1999 Procedência da população: de Gana HIV: (+) Faixa etária: NE	Dependência econômica do parceiro associada à submissão feminina <ul style="list-style-type: none"> ➤ Algumas mulheres desconheciam a infidelidade dos esposos, outras estavam cientes das mesmas, mas aceitavam por acreditar que não poderiam fazer nada para mudar essa situação, por serem dependentes economicamente deles.

continua...

continuação...

Código	Características da população	Tema central: CONDIÇÃO SOCIOECONÔMICA INSUFICIENTE
IW-39	<p>País da pesquisa: África</p> <p>Ano: NE</p> <p>Procedência da população: Discorre sobre a relação que existe entre a pobreza de África e a aids.</p> <p>HIV: NA</p> <p>Faixa etária: NA</p>	<p>Dependência econômica e social do parceiro associada a relações sexuais coercitivas, poligamia masculina e não-uso do preservativo</p> <p>➤ Apesar de a mulher produzir na fazenda quase todo o alimento doméstico e aproximadamente a metade do trabalho da agricultura, na maioria das sociedades da região subsaariana da África, a contribuição econômica da mulher não é apreciada nem reconhecida devido à falta de poder tanto dentro da família quanto na comunidade. No entanto, é o esposo quem colhe, exporta ou vende o alimento. Como resultado, no momento das decisões financeiras, a mulher tem de confiar no parceiro. Tal situação de dependência econômica e social, a habilidade da mulher para recusar relacionamentos sexuais de alto risco é limitada, assim como a habilidade para negociar sexo seguro com o parceiro não monogâmico.</p> <p>➤ Quando a mulher rural é viúva ou solteira, e geralmente chefe de família, a pressão é ainda maior, dada a falta de acesso ao dinheiro ou crédito para incrementar a produção, as mulheres tendem a produzir menos, e a maioria da colheita é consumida pela família. Entretanto, sem acesso aos recursos e meios de subsistência, a mulher chefe de família tem menos capacidade para enfrentar os problemas econômicos, criando condições para o comércio sexual como meio de sobrevivência para elas e sua família.</p>
IW-41	<p>País da pesquisa: África</p> <p>Ano: 1990-2005</p> <p>Procedência da população: Analisa as políticas econômicas governamentais</p> <p>HIV: NA</p> <p>Faixa etária: NA</p>	<p>Diferença no acesso à economia associada a trabalho sexual</p> <p>➤ A pobreza associada à diferença no acesso à educação e economia entre o homem e a mulher gera que as famílias chefiadas por mulheres sejam as mais pobres, em comparação com as famílias dirigidas por homens. Situação que obriga as mulheres, freqüentemente, a se comprometer com transação comercial de sexo e em ocasiões de trabalho sexual, como estratégia de sobrevivência para ela mesma e seus dependentes.</p>
IP-26	<p>País da pesquisa: EEUU</p> <p>Ano: NE</p> <p>Procedência da população: mulheres latinas e hispânicas</p> <p>HIV: (+)</p> <p>Faixa etária: 29-60 anos</p>	<p>Condição econômica insuficiente associada a trabalho sexual ou procura de parceiro com dinheiro</p> <p>➤ A pobreza gerada pela limitada educação e poucas habilidades ou nenhuma para trabalhar, somada à necessidade de enviar dinheiro a suas famílias no exterior, obriga algumas mulheres a se tornarem profissionais do sexo, usuárias de drogas, o que poderia incrementar sua vulnerabilidade ao HIV e causar uma pobreza mais profunda.</p>

continua...

continuação...

Código	Características da população	Tema central: CONDIÇÃO SOCIOECONÔMICA INSUFICIENTE
IO-38	País da pesquisa: EEUU Ano: NE Procedência da população: hispânicos HIV: NE Faixa etária: 22-54 anos	Condição econômica insuficiente associada à dependência de drogas, abuso sexual e não-uso do preservativo <ul style="list-style-type: none"> ➤ A distribuição desigual de recursos (drogas e dinheiro) aumenta a frequência de prática sexual insegura e expõe as mulheres a maiores condições de violência durante as relações sexuais, nas quais o preservativo é excluído. ➤ As mulheres procuraram proteção masculina nas ruas, para se proteger das violências e raptos, por outros homens. Essa proteção é oferecida em troca de dinheiro, drogas e sexo. ➤ As mulheres relataram que todas as trabalhadoras sexuais e UDI têm sido raptadas e abusadas ou violentadas. ➤ As mulheres que não conseguiam dinheiro para comprar drogas obtinham a mesma por meio de intercâmbio sexual com o vendedor de drogas.
IO-38	País da pesquisa: EEUU Ano: NE Procedência da população: hispânicos HIV: NE Faixa etária: 22-54 anos	Condição econômica insuficiente associada à dependência de drogas, abuso sexual e não-uso do preservativo <ul style="list-style-type: none"> ➤ A distribuição iníqua de recursos (drogas e dinheiro) promove maiores práticas sexuais inseguras e expõe as mulheres a maiores condições de violência durante as relações sexuais, nas quais o preservativo é excluído. ➤ As mulheres procuraram proteção masculina nas ruas, para se proteger das violências e raptos, por outros homens. Essa proteção é oferecida em troca de dinheiro, drogas e sexo. ➤ As mulheres relataram que todas as mulheres que são trabalhadoras sexuais e UDI têm sido raptadas e abusadas ou violentadas. ➤ As mulheres que não conseguiam dinheiro para comprar drogas obtinham a mesma por meio de intercâmbio sexual com o vendedor de drogas.
ID-52	País da pesquisa: Brasil Ano: 2005 Procedência da população: brasileiras HIV: (+) Faixa etária: NE	Baixa condição econômica associada a trabalho sexual, recusa do cliente para usar preservativo e não-uso do preservativo <ul style="list-style-type: none"> ➤ As mulheres, agora soropositivas, manifestaram se comprometer no mercado do sexo, dada a forte necessidade de sobrevivência ou para satisfação dos bens de consumo, como roupa e gastos em festas. ➤ As trabalhadoras sexuais soropositivas ao HIV manifestaram que os clientes identificaram problemas relacionados com o desequilíbrio de poderes de gênero, que as condicionou a maior susceptibilidade às DSTs/AIDS, uma vez que se o cliente recusava usar preservativo, as trabalhadoras sexuais não insistiam por medo de perder o cliente e assumiam sexo desprotegido pela necessidade econômica.
IP-06	País da pesquisa: Ucrânia (análise desde a desintegração da União Soviética) Ano: 1997-1998	Condição econômica familiar insuficiente associada ao trabalho sexual feminino e não-uso de preservativo <ul style="list-style-type: none"> ➤ Diminuição súbita da renda familiar para subsidiar gastos de serviços de utilidade pública, somada à diminuição do número de pessoas no setor de emprego formal, elevou o índice de desemprego e subemprego, com maior ênfase na população feminina, dada a discriminação laboral. A situação obrigou algumas mulheres a entrarem no mercado do sexo como meio de sobrevivência.

continua...

continuação...

Código	Características da população	Tema central: CONDIÇÃO SOCIOECONÔMICA INSUFICIENTE
IP-06	Procedência da população: NA (Analisa as mudanças políticas e sociais do País) Estado sorológico: NA Faixa etária: NA	<p>➤ A distribuição desigual dos recursos econômicos gerou dois extremos, um de riqueza e outro de pobreza. Nesse contexto, os homens com boas condições econômicas compram serviços sexuais das mulheres pobres.</p>
IP-21	País da pesquisa: Austrália Ano: 1995 Procedência da população: australianas HIV: NE Faixa etária: 18- 47 anos	<p>Condição econômica insuficiente associada a intercâmbio sexual por drogas e não-uso de preservativo</p> <p>➤ Muitas mulheres relataram sexo não protegido com os revendedores de drogas, freqüentemente envolvidos com outros relacionamentos sexuais.</p>
IP-30	País da pesquisa: Índia Ano: 2003-2004 Procedência da população: indianas HIV: NE Faixa etária: 16-54 anos	<p>Condição econômica insuficiente e falta de acesso à informação sobre HIV associada ao não-acesso gratuito do preservativo e não-uso do mesmo</p> <p>➤ O pagamento diário, das profissionais do sexo que trabalhavam nos bordéis foi maior que aquelas que trabalhavam em suas casas. E essas últimas ganhavam mais que as que trabalhavam nas ruas. As profissionais do sexo das ruas tiveram menos probabilidade de usar preservativo de forma consistente com os clientes.</p> <p>➤ A falta de conhecimento de meios de prevenção do HIV, seguida pelo não-acesso gratuito dos preservativos nos últimos 30 dias, grau de educação, procedência rural das profissionais do sexo, assim como deficiente participação em grupos de apoio para profissionais do sexo, estiveram relacionados com uso inconsistente de preservativo.</p> <p>➤ As profissionais do sexo analfabetas e sem conhecimento sobre prevenção do HIV procedentes de áreas rurais tenderam a trabalhar nas ruas. O preservativo foi menos utilizado pelas mulheres trabalhadoras sexuais das ruas quando comparadas com as que trabalharam em bordéis.</p>

Essas evidências deixam claro que os recursos econômicos insuficientes tornam a mulher vulnerável ao HIV, em diferentes partes do mundo, faixas etárias e através do tempo, seja no ambiente familiar ou no trabalho sexual. O que faz imperativo que o planejamento e as ações de promoção e prevenção do HIV dirigidas às mulheres considerem a avaliação dos elementos que interagem com essa temática, no intuito de melhorar a sensibilidade das ações de prevenção.

No quadro a seguir, estão organizados os elementos da vulnerabilidade ao HIV relacionados ao “*contexto socioeconômico do país*”, no qual se observa que mudanças socioeconômicas no país não apresentam uma determinação explícita ou direta da vulnerabilidade ao HIV, mas à medida que há uma associação com outros elementos reflete-se uma situação de exposição da mulher ao vírus (Quadro 14).

Quadro 14 - Elementos de vulnerabilidade feminina ao HIV, segundo o tema central contexto socioeconômico do país. São Paulo - 2008

Código	Características da população	Tema central: CONTEXTO SOCIOECONÔMICO DO PAÍS Frequência do tamanho do efeito: 0,09 (4 publicações)
IP-06	<p>País da pesquisa: Ucrânia (análise desde a desintegração da União Soviética)</p> <p>Ano: 1997-1998</p> <p>Procedência da população: NA (Analisa as mudanças políticas e sociais do País)</p>	<p>Mudanças socioeconômicas do país associadas à redução da capacidade de resposta do governo às necessidades de saúde da população e à diminuição de recursos das mulheres para satisfazer suas necessidades de saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Diminuição na verba destinada à área da saúde, resultando na redução do fornecimento de serviços, em quantidade e qualidade e impossibilitando o atendimento do incremento das necessidades de serviços sociais. ➤ Diminuição de subsídios governamentais, relacionados à renda, que geraram que a população destine mais dinheiro do orçamento familiar para gastos de renda e menos dinheiro destinado à saúde.
IP-17	<p>País da pesquisa: Região Subsaariana da África</p> <p>Ano: 1980-2002</p> <p>Procedência da população: Avalia as mudanças políticas, sociais e econômicas que afetam a vulnerabilidade das mulheres.</p>	<p>Mudanças socioeconômicas do país associadas à redução da capacidade de resposta do governo às necessidades de saúde da população e à diminuição de recursos das mulheres para satisfazer suas necessidades de saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ A crise econômica gerou ajustes estruturais dos programas que impuseram corte dos gastos não produtivos, incluindo gastos em serviços sociais, como educação e saúde. O declínio de educação, saúde e outros serviços sociais implicam perda de oportunidades para prevenir a transmissão do HIV/DST e deficientes serviços de saúde reprodutiva. ➤ A privatização de empresas públicas gerou maior desemprego e perda de trabalho no setor público. As pessoas ainda empregadas experimentaram a diminuição do poder aquisitivo.
IP-24	<p>País da pesquisa: Região Subsaariana da África</p> <p>Ano: 1980-2000</p> <p>Procedência da população: Analisa como os ajustes econômicos dos países influenciam na vulnerabilidade da mulher</p>	<p>Mudanças socioeconômicas do país associadas à redução de recursos econômicos das mulheres para satisfazer suas necessidades básicas e trabalho sexual</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ A desvalorização do dinheiro e a remoção dos subsídios dos alimentos, geradas depois da adoção de políticas de ajustes, resultaram no aumento dos preços, diminuindo o acesso aos produtos relacionados com as necessidades básicas especialmente, entre população de baixos recursos econômicos. Situação que afetou mais as famílias chefiadas por mulheres, tanto de áreas urbanas como rurais. Situação que força algumas mulheres a adotar estratégias de sobrevivências, como encontros sexuais não protegidos em troca de dinheiro, alojamento e comida. A mulher, com poder econômico reduzido, tem pouca habilidade para negociar relações sexuais seguras ou enfrentar assédio sexual e é economicamente dependente dos parceiros, em decorrência disso, aumenta sua vulnerabilidade à violência doméstica e relações sexuais sem consentimento. Situações que incrementam a vulnerabilidade da mulher ao HIV.

continua...

continuação...

Código	Características da população	Tema central: CONTEXTO SOCIOECONÔMICO DO PAÍS
IP-24		<p>➤ A liberação financeira e comercial gerou aumento das taxas de interesses dos empréstimos junto com a remoção dos subsídios de produtos de agricultura, e aumentou os preços dos mesmos. Situação que afetou o acesso ao crédito dos pequenos agricultores, obrigando a deixar suas famílias por longos períodos, em busca de emprego. Longe de casa, foi mais provável que os homens se envolvessem com múltiplas parceiras ou trabalhadoras sexuais e ao retornar a casa, as mulheres estiveram em risco de transmissão do HIV. As mulheres abandonadas pelos esposos são obrigadas a se prostituírem, como uma estratégia de sobrevivência.</p> <p>➤ As mulheres economicamente desfavorecidas não têm condições para efetivar o pagamento pelos serviços de saúde, diminuindo o seu acesso ao tratamento das DSTs e uso de preservativos, gerando um obstáculo a medidas preventivas. As mulheres sem acesso à educação, avaliação do HIV, tratamento das DSTs e serviços de saúde reprodutiva têm pouco controle sobre os riscos relacionados à aids.</p>
IP-24	<p>País da pesquisa: Região Subsaariana da África</p> <p>Ano: 1980-2000</p> <p>Procedência da população: Analisa como os ajustes econômicos dos países influenciam na vulnerabilidade da mulher.</p>	<p>Mudanças econômicas do país associadas à redução do acesso à educação das mulheres e falta da percepção da vulnerabilidade ao HIV</p> <p>➤ Muitos países reduziram o gasto público em serviços de educação e introduziram o pagamento nas escolas, limitando o acesso à educação. Esse pagamento gerou uma dramática caída nas taxas de educação primária. As mulheres de famílias pobres são geralmente privadas da educação primária para trabalhar em casa. A redução do acesso à educação tem consequências negativas em relação à prevenção do HIV, por debilitar a capacidade das jovens de perceber a aids como uma ameaça e negociar relações sexuais seguras, tanto durante o início da vida sexual, quanto na futura vida sexual, como uso de preservativo e realização do teste anti-HIV. Várias mulheres desconheciam a aids ou tinham concepções erradas sobre as medidas de prevenção ou transmissão.</p>
IW-41	<p>País da pesquisa: África</p> <p>Ano: 1990-2005</p> <p>Procedência da população: Analisa as políticas econômicas governamentais</p>	<p>Mudanças socioeconômicas do país associadas à redução da capacidade de resposta às necessidades de saúde da população e à diminuição de recursos das mulheres para satisfazer suas necessidades de saúde</p> <p>➤ A política de redução do gasto governamental em saúde implicou introdução de pagamento do usuário para acessar serviços de saúde, redução da qualidade e quantidade das instalações, falta de equipamento, pouco e menor número de profissionais capacitados, gerando redução do acesso aos serviços de saúde, da informação sobre temas de saúde, incluindo HIV/AIDS e o tratamento para as DSTs.</p>

continua...

continuação...

Código	Características da população	Tema central: CONTEXTO SOCIOECONÔMICO DO PAÍS
IW-41		<ul style="list-style-type: none"> ➤ A política de redução do gasto governamental em educação implicou introdução de pagamento do usuário para educação, deficiência na capacitação dos professores, redução na qualidade e quantidade de educação, condições que levaram à saída de muitas mulheres das escolas e sua posterior marginalização no setor informal, como a prostituição com o risco associado, dada a deficiente educação formal das mulheres. ➤ A política de redução do gasto governamental gerou salários congelados e desemprego. ➤ A política de redução do gasto governamental levou a uma redução dos serviços civis, por isso, o governo estava menos capacitado para promover a prevenção da aids. ➤ A política visou a incrementar a exportação, acarretando a migração de muitos trabalhadores homens, deixando as mulheres com escasso alimento. Os trabalhadores que estiveram fora de casa tiveram mais probabilidade de ter comportamento de risco ao HIV/AIDS e, por isso, a migração contribui com a disseminação do HIV, infectando as populações das comunidades locais.

Dentre os elementos associados a esta temática, destaca-se a redução da capacidade de resposta do governo às necessidades de saúde da população, decorrente da diminuição do orçamento destinado a gastos em saúde. Essa medida gera diminuição de recursos materiais e humanos nos serviços de saúde; diminuição da qualidade e quantidade na oferta desses serviços; deficiente capacitação dos profissionais da saúde; diminuição das ações de prevenção e promoção e o pagamento parcial dos serviços de saúde. Tais condições repercutem na redução ou não-acesso das mulheres aos serviços de saúde, à informação de qualidade sobre a HIV/AIDS, aos meios de prevenção, como os preservativos, de forma tal que suas necessidades de saúde não são contempladas e deixam de ter oportunidades de prevenção da transmissão das DSTs, entre elas o HIV.

Outra medida governamental diz respeito à diminuição de subsídios relacionados à agricultura, com elevação do custo de produtos alimentícios, cuja aquisição desequilibra o orçamento familiar pelo aumento de gastos com a alimentação.

Por último, verificou-se que a redução do gasto público em serviços de educação gerou deficiente capacitação dos professores, redução do número de instituições de ensino e privatização do ensino público, o que originou restrição do acesso à educação da população em geral e, em especial, das mulheres que vivem em sociedades que privilegiam a educação masculina, como nos países do continente africano.

Os resultados dos estudos realizados, de 1980 a 2002, nos países em que essas medidas foram implementadas, como Ucrânia e países africanos da África Subsaariana, revelaram um aumento da vulnerabilidade da mulher para o HIV. As mulheres analfabetas, destituídas de condições econômicas para satisfazer suas necessidades básicas - alimentação e habitação ingressam no trabalho sexual, sem adotar medidas de prevenção ao HIV, uma vez que o não-acesso ou acesso deficiente aos serviços de saúde gerou deficiente conhecimento sobre o vírus. Ainda, quando os parceiros emigraram da cidade em busca de melhores salários para satisfazer as necessidades básicas da família, ao retornar ao ambiente familiar, podem aumentar a vulnerabilidade da parceira ao HIV, pelo seu comportamento poligâmico, pois mantiveram relacionamento sexual com trabalhadoras sexuais.

No Quadro 15, apresentam-se os elementos que estão associados à temática *gestão de saúde*. Embora, alguns deles tenham sido abordados, em certa medida, na temática *contexto socioeconômico do país*, aqui serão exploradas suas relações com *gestão de saúde*. Dizem respeito à inadequação das instalações físicas dos serviços de saúde para a realização do aconselhamento, desprovidas de privacidade no seu desenvolvimento; baixa articulação entre os gestores de saúde associada a ações de prevenção de baixa efetividade e pouco acessíveis; prioridade das ações assistenciais às de prevenção, descontinuidade das ações de prevenção descontínua, ações assistenciais e de prevenção voltadas apenas para as mulheres que procuram os serviços de saúde para diagnóstico ou quando a infecção já se instalou; falta de diagnóstico situacional sobre as DSTs, não permitindo o planejamento das ações de prevenção e controle, baseadas no contexto social em que elas se desenvolvem, resultando em ações não efetivas; planejamento das ações de prevenção não sensíveis às especificidades dos grupos que compõem a população feminina, como casais sorodiscordantes, trabalhadoras sexuais e mulheres com relacionamentos estáveis, mulheres migrantes, em determinadas fases da vida, como adolescente, adulta e idosa, dado que se priorizaram apenas a prevenção e assistência à mulher grávida; definição de ações de prevenção que reiteram a concepção de grupos de risco, desconsiderando o princípio de que toda mulher é vulnerável a partir do contexto social em que está inserida e no qual os relacionamentos ocorrem; sobrecarga de trabalho dos trabalhadores de saúde, contribuindo com a banalização das ações de promoção e assistenciais, dificultando a formação de vínculo entre profissional e usuária. Todos os elementos relacionados à gestão de saúde resultaram na informação inadequada sobre o HIV, falta de acesso à informação, aos meios de prevenção, que por sua vez influenciam a não-percepção da vulnerabilidade ao HIV, que determinando a vulnerabilidade das mulheres estudadas ao HIV (Quadro 15).

Quadro 15 - Elementos de vulnerabilidade feminina ao HIV, segundo o tema central gestão de saúde. São Paulo - 2008

Código	Características da população	Tema central: GESTÃO DE SAÚDE	Frequência do tamanho do efeito: 0,28 (15 publicações)
ID-49	País da pesquisa: Brasil Ano: 2003 Procedência da população: analisa prática de aconselhamento de profissionais de saúde brasileiros HIV: NA Faixa etária: NA	Inadequação das instalações dos serviços de saúde para a realização do aconselhamento ➤ O aspecto físico não é condizente com o que é preconizado para a prática do aconselhamento, uma vez que a grande maioria das unidades de saúde não possui sala específica para sala de enfermagem, e o atendimento acontece sem privacidade.	
IP-10	País da pesquisa: Brasil Ano: 2003-2004 Procedência da população: * Analisa o Plano de Ação e Metas para DST/AIDS de 2003-2004 HIV: NA Faixa etária: NA	Baixa articulação entre os gestores de saúde associada a ações de prevenção e controle de baixa efetividade e pouco acesso ➤ Não foram identificadas atividades voltadas para os conselheiros municipais de saúde ou de educação, indicando baixa articulação entre gestores, nos espaços de formulação, pactuação e controle social das políticas de saúde. ➤ Identificou-se desarticulação entre o processo de produção das informações referentes ao monitoramento e avaliação das ações programáticas no âmbito estadual e na tomada de decisão na condução da política estadual de DST/AIDS. <i>O que pode dificultar maior assertividade e efetividade dos processos de negociação política nos municípios e conselhos de saúde, nos fóruns interinstitucionais com setores externos à área da saúde, e nas ONGs.</i> ➤ As informações disponíveis sobre as atividades de prevenção são insuficientes, e as tomadas de decisão pelos gestores nas diferentes esferas governamentais são por vezes contraditórias, tornando precário o monitoramento das ações.	
IP-10	País da pesquisa: Brasil Ano: 2003-2004 Procedência da população: * Analisa o Plano de Ação e Metas para DST/AIDS de 2003-2004 HIV: NA Faixa etária: NA	Prioridade das ações assistenciais às de prevenção nas instâncias públicas de saúde e de controle social ➤ Observou-se que inicialmente se organiza a assistência e depois a prevenção. ➤ Existe pouco ativismo pelo “direito à prevenção”: O direito à prevenção ainda está pouco pautado nas agendas dos movimentos sociais e nas instâncias colegiadas de controle social (mobilização pelo acesso aos insumos de prevenção, como preservativos e seringas; acesso à informação, à educação ou ao aconselhamento de qualidade; acesso ao tratamento de qualidade das DSTs, da saúde sexual e reprodutiva, ou à prevenção da saúde sexual e reprodutiva). ➤ A disponibilidade de preservativos nas escolas foi baixa.	

continua...

continuação...

Código	Características da população	Tema central: GESTÃO DE SAÚDE
IP-10	País da pesquisa: Brasil Ano: 2003-2004 Procedência da população: * Analisa o Plano de Ação e Metas para DST/AIDS de 2003-2004 HIV: NA Faixa etária: NA	Falta de diagnóstico situacional sobre as DSTs, associada à falta ou inadequação do planejamento das ações de prevenção e controle ➤ Não se tem informação sobre os processos que permitem conhecer os casos de DSTs, observar e analisar a qualidade das ações governamentais da prevenção, nem interpretar as mudanças no plano individual e coletivo.
IP-14	País da pesquisa: países em desenvolvimento Ano: NE Procedência da população: Avalia as políticas de saúde estabelecidas nos países em desenvolvimento HIV: NA Faixa etária: NA	Falta de planejamento das ações de prevenção ➤ A maioria dos países, que tem implementado campanhas de conscientização das pessoas e intervenções, combinadas com serviços de apoio para grupos específicos, com a finalidade de prevenir a transmissão heterossexual do HIV/DST, não tem seguido um rigoroso planejamento ou avaliação a nível nacional, nem pesquisado o porquê, como e com que objetivos específicos devem ser desenvolvidas. Por isso, não há mudanças substanciais de comportamento e não têm sido efetivas na prevenção da propagação geral do HIV/ DTS, nos países em desenvolvimento.
IB-45	País da pesquisa: Moçambique (Maputo) Ano: 2005-2006 Procedência da população: Moçambique (Maputo) HIV: (+) Faixa etária: NE Idade média: 19 anos	Planejamento das ações de prevenção não-sensíveis à população feminina adolescente ➤ Os programas parecem desconsiderar o impulso e desejo sexual dos adolescentes à medida que não educam para a prática de sexo seguro, na iniciação sexual, pois a educação dirigida para esta população é baseada na abstinência sexual. ➤ As estratégias de prevenção do HIV em Moçambique incentivam intervenções e uso de materiais educativos, em que se divulgou o preservativo como método eficaz de prevenção do HIV e da gravidez não planejada, e a oferta do insumo é dirigida somente aos jovens, com idade acima de 15 anos e que relatam ter vida sexual ativa.
IB-46	País da pesquisa: Brasil Ano: 2003-2004 Procedência da população: brasileiras HIV: (+/-) Faixa etária: 30-51 anos	Planejamento das ações de prevenção não-sensíveis para casais sorodiscordantes ➤ Evidenciaram-se inexistência de atendimento específico e ações preventivas contínuas para casais sorodiscordantes, o que aumenta a vulnerabilidade à infecção pelo HIV da mulher soronegativa com parceiro soropositivo.

continua...

continuação...

Código	Características da população	Tema central: GESTÃO DE SAÚDE
IB-47	País da pesquisa: Brasil Ano: 2006 Procedência da população: brasileiras HIV: NE Faixa etária: 20-49 anos	Inexistência de ações de prevenção ou descontinuidade das mesmas Foi evidente a ausência de estratégias educativas realizadas de forma contínua e sistemática para a prevenção do HIV/AIDS por parte do PSF, limitando as ações ao período carnavalesco e à Campanha do Dia Mundial de Luta contra a aids.
ID-50	País da pesquisa: Brasil Ano: 2003 Procedência da população: analisa a prática de aconselhamento de profissionais de saúde brasileiros HIV: NA Faixa etária: NA	Descontinuidade e não-avaliação no planejamento das ações de promoção e prevenção <ul style="list-style-type: none"> ➤ Em ambos os países, observou-se passividade diante da contaminação feminina, assim como, a oscilação e falta de continuidade das políticas de saúde pública que dependem de orçamentos reduzidos e do interesse governamental. ➤ No México, observou-se dificuldade de se construir um espaço para a informação sobre a aids, uma vez que liberais e conservadores enfrentavam-se acirradamente e não conseguem negociar. No Brasil, esse embate só ocorreu em uma campanha, mas a aceitação social foi maior. ➤ No caso do Brasil, evidenciou-se uma falta de avaliação e de planejamento das campanhas muito grandes.
ID-51	País da pesquisa: Brasil Ano: 1996 Procedência da população: analisa acesso ao serviço de aconselhamento brasileiro HIV: NE Faixa etária: NA	Falta de coordenação entre os serviços públicos, associada à não-satisfação das necessidades de saúde do usuário <ul style="list-style-type: none"> ➤ Existe falta de comunicação entre os serviços públicos, o que gerou peregrinação dos usuários pela rede pública.
IP-27	País da pesquisa: Nepal Ano: 2001	Planejamento das ações de promoção e prevenção não-sensíveis para a saúde da mulher <ul style="list-style-type: none"> ➤ Em muitos distritos não existe laboratório para realizar o teste anti-HIV. ➤ O plano de saúde a longo prazo do Ministério de Saúde (1997-2017) tinha como prioridade a distribuição de preservativo, não existiu evidência do incremento do uso do preservativo nas mulheres, nem representou uma estratégia ampla para reduzir a vulnerabilidade e risco da mulher.

continua...

continuação...

Código	Características da população	Tema central: GESTÃO DE SAÚDE
IP-27	Procedência da população: mulheres rurais de comunidades migrantes no Nepal. HIV: NE Faixa etária: 15-49 anos	<p>➤ O Departamento de Serviço de Saúde programou e cumpriu a geração de 50 programas de TV/rádio e/ou avisos em jornais sobre HIV/DSTs. No entanto, essas ações enfatizaram estratégias de redução de risco individual, em vez de temas contextuais. Além disso, a audiência dependia do acesso ao rádio ou TV ou ser capaz de ler. Estratégia inapropriada para um país com apenas 37% das mulheres rurais com regular acesso a rádio e apenas 25% das mulheres alfabetizadas, por isso, essas intervenções são inacessíveis para a maioria das mulheres. As ações também não são direcionadas para a vulnerabilidade de muitas mulheres rurais, as que não têm poder para comprar preservativo ou exigir uso do preservativo, ou exitosamente conversar sobre problemas sexuais ou “mudanças de comportamento” com o parceiro.</p>
IB-47	País da pesquisa: Brasil Ano: 2006 Procedência da população: brasileiras HIV: NE Faixa etária: 20-49 anos	<p>Planejamento das ações de promoção e prevenção não-sensíveis para a saúde da mulher</p> <p>➤ Dado o enfoque materno-infantil predominante no atendimento do PSF, mesmo os profissionais integrantes de equipes que utilizam as palestras para a prevenção do HIV/AIDS dirigem suas intervenções particularmente a gestantes, pois o objetivo maior é proteger a saúde do bebê.</p> <p>➤ As relações de gênero não foram abordadas pelos profissionais de saúde, dada a formação biologizante que dificultou aos profissionais de saúde, especialmente os do PSF, desenvolver o trabalho de prevenção que considere as relações de gênero.</p>
ID-49	País da pesquisa: Brasil Ano: 2003 Procedência da população: analisa prática de aconselhamento de profissionais de saúde brasileiros HIV: NA Faixa etária: NA	<p>Planejamento das ações de promoção e prevenção não-sensíveis para a saúde da mulher</p> <p>➤ A atenção da saúde da mulher é oferecida de forma fragilizada, a vulnerabilidade da mulher é subestimada, uma vez que as ações de prevenção são vistas apenas sobre a ótica da transmissão materno-infantil do HIV, esquecendo que é “mulher” e tratando a mulher como meio e não como um ser integral, também merecedora de assistência e prevenção.</p>

continua...

continuação...

Código	Características da população	Tema central: GESTÃO DE SAÚDE
ID-50	País da pesquisa: Brasil Ano: 2003 Procedência da população: analisa a prática de aconselhamento de profissionais de saúde brasileiros HIV: NA Faixa etária: NA	Planejamento das ações de promoção e prevenção não-sensíveis para a saúde da mulher ➤ Os médicos afirmaram que, quando pedem o teste para HIV, fazem diferença entre homens e mulheres e ainda afirmam que privilegiam mulheres gestantes. ➤ Evidenciou-se ausência de campanha específica para mulheres no México, e a existência de apenas uma no Brasil mostra o quão fortemente os próprios órgãos governamentais introduziram a idéia de “grupos de risco”. Quando se tentou mostrar que as mulheres eram vítimas passíveis de contaminação, as campanhas o fizeram de forma muito genérica, dirigindo-se a todas, mas sem atingir a nenhuma. Na campanha brasileira, “Quem ama se cuida”, há um esforço de construção de público-alvo. Mas com quais elementos caracterizam-se esses personagens? Talvez daí advenha um dos motivos de baixo grau de persuasão da campanha.
ID-50	País da pesquisa: Brasil Ano: 2003 Procedência da população: analisa a prática de aconselhamento de profissionais de saúde brasileiros HIV: NA Faixa etária: NA	Planejamento das ações de promoção e prevenção não-sensíveis para a saúde da mulher ➤ Referente ao sentimento das mulheres brasileiras soropositivas em relação às campanhas de prevenção nacional, elas manifestaram indignação, pelas seguintes razões: as campanhas falam “use preservativo”, mas as mulheres manifestaram que quem não tem acesso ao mesmo não pode usar. Ou a campanha que transmitia a idéia de “quem se ama se cuida”, manifestando que aquela campanha estava dirigida a todas, porém a ninguém, uma vez que não se consegue aumentar a auto-estima apenas com palavras. ➤ A maioria das entrevistadas manifestou que o uso de preservativo é um meio de prevenção e se lembravam de algumas campanhas como “quem ama cuida” ou “a aids vai te pegar”, e mais da metade das mexicanas não se lembravam de campanha nenhuma.
ID-53	País da pesquisa: Brasil Ano: 1997-2004 Procedência da população: brasileiras HIV: (-) Faixa etária: NA	Recursos humanos e materiais de saúde insuficientes para atender às necessidades de saúde ➤ Número insuficiente de vagas para atender à demanda, o que gera dificuldade de matrícula em serviço especializado em DST/AIDS, assim como, rapidez no agendamento de consulta. ➤ Disponibilidade irregular ou limitada de recursos para a prevenção da transmissão do HIV, como a disponibilidade limitada de preservativo que pode contribuir para práticas sexuais em que há exposição ao vírus.

continua...

continuação...

Código	Características da população	Tema central: GESTÃO DE SAÚDE
ID-53	País da pesquisa: Brasil Ano: 1997-2004 Procedência da população: brasileiras HIV: (-) Faixa etária: NA	Sobrecarga de trabalho dos trabalhadores de saúde associada a deficiente atendimento ➤ Jornada de trabalho dos profissionais que acarreta sobrecarga de trabalho. ➤ Limitado tempo, dedicado para cada atendimento, faz com que o atendimento seja impessoal, incompleto, sem vínculo e dificulte a escuta de outras queixas que não a clínica.
IP-29	País da pesquisa: Brasil Ano: 1998-1999 Procedência da população: brasileiras HIV: (+) Faixa etária: 22-59 anos	Falta de acesso à informação sobre HIV associada à falta de percepção da vulnerabilidade ➤ As mulheres disseram que, antes do diagnóstico, não sabiam como se prevenir contra a aids, ou que souberam tarde demais. E segundo as mulheres, essa falta de conhecimento foi o fator mais importante para a infecção.
IL-35	País da pesquisa: Colômbia Ano: 2002 Procedência da população: colombianas HIV: NE Faixa etária: 13-65 anos	Falta de acesso à informação sobre HIV e inadequada percepção da vulnerabilidade ao HIV associada à negação do parceiro para usar preservativo e não-uso do mesmo ➤ As mulheres de alto nível econômico relataram baixo uso do preservativo como meio de prevenção das DSTs e demonstraram baixa auto-eficácia na negociação do uso do preservativo, ao afirmar que os esposos não aceitariam usar o preservativo se elas o propusessem. ➤ Embora as mulheres de alto nível econômico tivessem considerável conhecimento sobre a transmissão do HIV, persistiram algumas idéias errôneas sobre a transmissão do vírus. ➤ Em relação à percepção da vulnerabilidade, embora a maioria das mulheres de alto nível econômico se sentisse vulnerável ao HIV, o preservativo não foi usado na sua última relação sexual. ➤ Existiu pouca comunicação sobre assuntos relacionados com a sexualidade entre o casal, evidenciando que a comunicação é complexa e obstaculiza a expressão de sentimentos como o medo, a capacidade de negociação, aumentando a vulnerabilidade das mulheres ao HIV. ➤ Apesar de a metade das mulheres terem auto-estima elevada, se evidenciou baixo poder decisório para recusar uma relação sexual, se o esposo não aceitasse usar o preservativo.

continua...

continuação...

Código	Características da população	Tema central: GESTÃO DE SAÚDE
IB-45	País da pesquisa: Moçambique (Maputo) Ano: 2005-2006 Procedência da população: de Maputo HIV: (+) Faixa etária: NE Idade média: 19 anos	Falta de acesso à informação associada ao não-uso do preservativo ➤ As mulheres não usam o preservativo na primeira relação sexual, dada a falta de familiaridade com o mesmo e pelo fato de a primeira relação ter acontecido inesperadamente e em lugares públicos.
IB-47	País da pesquisa: Brasil Ano: 2006 Procedência da população: brasileiras HIV: NE Faixa etária: 20-49 anos	Falta de acesso à informação ➤ Dentre as principais fontes de informação que as mulheres tiveram sobre o HIV/AIDS, citaram a TV como a principal, seguida da escola e por último os centros de saúde, sendo a atuação deles relacionada à distribuição de materiais educativos, às orientações pelos profissionais de saúde em conversas individuais durante os atendimentos e pelas agentes comunitárias de saúde nas visitas domiciliares. Algumas mulheres relataram não ter tido nenhuma informação sobre HIV/AIDS no centro de saúde do bairro ou relataram não conhecer o trabalho do PSF, em relação à prevenção do HIV/AIDS.
ID-52	País da pesquisa: Brasil Ano: 2005 Procedência da população: brasileiras HIV: (+) Faixa etária: NE Idade média: 34 anos	Falta de acesso à informação sobre HIV associada a não-uso do preservativo ➤ As trabalhadoras sexuais soropositivas ao HIV relataram que na juventude ansiavam pela prática sexual, sem terem conhecimento da prevenção e transmissão das DSTs e HIV. ➤ As trabalhadoras sexuais manifestaram que, antes de adquirir o HIV, não tinham noção da doença em termos de proteção, transmissão nem o que era o HIV. ➤ Evidenciou-se falta de conhecimento das trabalhadoras sexuais soropositivas ao HIV com relação à existência das campanhas desenvolvidas pelos órgãos públicos do Ministério de Saúde, este fato pode estar relacionado com a baixa escolaridade e a condição de pobreza. ➤ Quando iniciaram no trabalho sexual (há aproximadamente 10 anos), as mulheres desconheciam a epidemia do HIV, por isso, houve falta de percepção da vulnerabilidade às DSTs e HIV, no trabalho sexual, fazendo com que tivessem um comportamento despreocupado quanto à prevenção.

continua...

continuação...

Código	Características da população	Tema central: GESTÃO DE SAÚDE
ID-53	País da pesquisa: Brasil Ano: 1997-2004 Procedência da população: brasileiras HIV: (-) Faixa etária: NA	Falta de acesso à informação do parceiro associado a não-uso do preservativo <ul style="list-style-type: none"> ➤ O conhecimento incorreto ou insuficiente, sobre o HIV/AIDS do parceiro, expôs a parceira ao vírus. ➤ Associado à manutenção de práticas sexuais em que há risco de exposição ao HIV
ID-54	País da pesquisa: Brasil Ano: 2002-2003 Procedência da população: brasileiras HIV: (+) Faixa etária: 18-30 anos.	Falta de acesso à informação sobre conhecimento de HIV e direitos humanos associados à submissão feminina <ul style="list-style-type: none"> ➤ As mulheres carcerárias demonstraram poucos conhecimentos sobre direitos humanos e reprodutivos, sexualidade, drogas, aids, e DST e outras temáticas correlatas à violência da mulher. Desconhecendo que a violência sexual ou relação sexual forçada pelo esposo é estupro, o que gerou a não-denúncia do mesmo, submetendo-se a estupros frequentes pelo companheiro em sua casa.
ID-50	País da pesquisa: Brasil Ano: 2003 Procedência da população: analisa a prática de aconselhamento de profissionais de saúde brasileiros HIV: NA Faixa etária: NA	Falta ou inadequado acesso à informação sobre a aids associada à não-percepção da vulnerabilidade <ul style="list-style-type: none"> ➤ Quase todas as mexicanas afirmaram que não possuíam idéia nenhuma sobre aids, antes de serem soropositivas ao HIV. Talvez os conflitos entre o Conselho Nacional de SIDA mexicano e a Igreja, a dificuldade de se falar o que era aids e quais as formas de transmissão devem ter contribuído para esse desconhecimento. ➤ Nenhuma brasileira manifestou não ter idéia da aids. Talvez pelo fato de que o acesso à informação se deu, mas equivocadamente. As idéias de grupo de risco, de coisa de homossexuais, de algo distante que nunca vai acontecer com a própria pessoa caracterizavam esses iniciais de mulheres que foram contaminadas na década de 1990, quando a pandemia já mostrava sua face.
IP-10	País da pesquisa: Brasil Ano: 2003-2004 Procedência da população: * Analisa o Plano de Ação e Metas para DST/AIDS de 2003-2004 HIV: NA	Inadequada educação sexual entre os jovens associada à informação deficiente <ul style="list-style-type: none"> ➤ Os programas municipais concentraram suas ações na distribuição de material educativo para as escolas, palestras genéricas, capacitação de professores e oficinas de prevenção (repetição das ações realizadas em 1999 sem avaliar sua efetividade).

continua...

continuação...

Código	Características da população	Tema central: GESTÃO DE SAÚDE
IP-10	País da pesquisa: Brasil Ano: 2003-2004 Procedência da população: * Analisa o Plano de Ação e Metas para DST/AIDS de 2003-2004 HIV: NA Faixa etária: NA	Falta de acesso de grupos populacionais específicos às ações de prevenção <ul style="list-style-type: none"> ➤ Não há trabalhos junto a populações migrantes e itinerantes, nem de ações desenvolvidas no setor privado (educação, saúde, e empresas não organizadas no Conselho Empresarial), assim como, nem iniciativas para regulação e monitoramento deste setor. ➤ Pela incorporação do teste anti-HIV na rotina do pré-natal, aumentou o teste anti-HIV nas mulheres, mas as mulheres não gestantes provavelmente não se têm beneficiado dessa política.
IP-14	País da pesquisa: países em desenvolvimento Ano: NE Procedência da população: Avalia as políticas de saúde estabelecidas nos países em desenvolvimento HIV: NA Faixa etária: NA	Ações de promoção e prevenção que desconsideram as especificidades e o contexto social do grupo As intervenções centradas em redução do número de parceiros, promoção do uso do preservativo , voltadas para populações em risco, têm demonstrado ser eficientes para profissionais do sexo, mas: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Têm sido inadequadas em prevenir a transmissão em populações mais vulneráveis à infecção, como as mulheres monogâmicas, que não são consideradas grupos de risco, mas que precisam de prevenção. ➤ São irrelevantes para as mulheres que não têm liberdade de controlar quando e com quem podem ter relações sexuais, como as mulheres que não têm meios para negociar sexo seguro por estarem sujeitas à violência doméstica ou abuso sexual. As mulheres casadas, viúvas, solteiras, divorciadas ou abandonadas, economicamente impotentes para satisfazer as próprias necessidades básicas, são obrigadas a vender sexo para sobrevivência sua e dos filhos. ➤ São inadequadas para adolescentes e pessoas jovens que moram em um contexto econômico e socialmente desfavorecido como famílias desestruturadas. Sem uma estrutura de apoio e acesso aos serviços de saúde, embora quando saibam as medidas de prevenção, eles adotarão condutas de risco como a venda de sexo por sobrevivência, uma vez que não estão em posição para regular seu comportamento. ➤ São ineficazes quando a mulher não pode controlar o uso do preservativo, uma vez que não podem discutir livremente de sexo e temem ser chamadas de promíscuas. ➤ São ineficazes quando a mulher socialmente está pressionada para comprometer-se em relacionamentos sexuais sem proteção, devido à importância de ter filhos para que a família tenha estabilidade social e econômica.

continua...

continuação...

Código	Características da população	Tema central: GESTÃO DE SAÚDE
IB-45	País da pesquisa: Maputo Ano: 2005-2006 Procedência da população: Moçambique (Maputo) HIV: (+) Faixa etária: NE Idade média: 19 anos	Falta de acesso ao preservativo associado a não-uso do mesmo ➤ Uma justificativa para o uso esporádico do preservativo é a não-disponibilidade do insumo, na hora da relação, no lugar onde ela acontece ou medo de alguém os flagrar, uma vez que colocar a camisinha chama muito a atenção, sobretudo nos lugares públicos onde geralmente os encontros aconteciam.
ID-51	País da pesquisa: Brasil Ano: 1996 Procedência da população: analisa o acesso ao serviço de aconselhamento brasileiro HIV: NE Faixa etária: NA	Falta de conhecimento dos serviços de saúde associada a não-acesso da informação ➤ Existe uma rede informal de divulgação do tipo de atendimento oferecido pelo Centro de Atenção e Aconselhamento em AIDS/DST, uma vez que os usuários manifestaram conhecer o serviço por meio do “boca a boca”.
IP-10	País da pesquisa: Brasil Ano: 2003-2004 Procedência da população: * Analisa o Plano de Ação e Metas para DST/AIDS de 2003-2004 HIV: NA Faixa etária: NA	Falta de profissionais capacitados para desenvolver ações de aconselhamento, associada à informação deficiente e não-establishment de vínculo entre profissionais e usuário ➤ A falta de recursos humanos é um dos principais motivos indicados pelos programas municipais para a não-realização de ações preventivas com jovens nas escolas de ensino fundamental, ou não possuir quadro técnico preparado para a execução dessas ações. ➤ Nem sempre o aconselhamento é um momento democrático de discussão personalizada sobre dúvidas, riscos, atitudes e contextos sociais; muitas vezes é uma prática de saúde ignorada, banalizada ou realizada sem fundamentação teórica nos serviços especializados ou na rede básica. ➤ Existiram programas sem equipe de prevenção ou equipe constituída por apenas uma pessoa.

continua...

continuação...

Código	Características da população	Tema central: GESTÃO DE SAÚDE
IP-12	País da pesquisa: África do Sul Ano: 1999 Procedência da população: africanas HIV: NE Faixa etária: 13-25 anos	Preconceito dos profissionais de saúde associado ao não-acesso aos preservativos ➤ Apesar da relativa boa disponibilidade dos preservativos, as mulheres afirmaram que tiveram sexo não protegido devido à falta de acesso gratuito aos mesmos. Esse acesso foi dificultado pela atitude negativa do grupo de enfermeiras nas clínicas locais que tiveram comportamento preconceituoso com jovens, impedindo-lhes o acesso a essa fonte gratuita de preservativos, disponíveis “livremente” nas salas das clínicas.
ID-49	País da pesquisa: Brasil Ano: 2003 Procedência da população: analisa a prática de aconselhamento de profissionais de saúde brasileiros HIV: NA Faixa etária: NA	Atividades de aconselhamento associadas a grupos de risco ➤ Os médicos apresentaram um discurso em relação ao aconselhamento de caráter normatizador, de pouco envolvimento com a complexidade temática, uma vez que realizaram o aconselhamento apenas para as pessoas que identificavam como paciente de risco, ou o aconselhamento esteve limitado a informar como realizar o diagnóstico e as opções de tratamento.
ID-49	País da pesquisa: Brasil Ano: 2003 Procedência da população: analisa a prática de aconselhamento de profissionais de saúde brasileiros HIV: NA Faixa etária: NA	Percepção negativa das atividades de aconselhamento associada à ausência do aconselhamento ou não-aconselhamento ➤ O aconselhamento é considerado como um ato desagradável, tanto para a mulher que está sujeita a realizar o teste anti-HIV quanto para o profissional que deve estar realizando o aconselhamento. Por tal, é considerado apenas para abrandar o ato da realização do exame em si. Mas, geralmente os enfermeiros manifestaram que não aconselharam e não discutiram situações de risco, e alguns médicos não ofereceram o aconselhamento nem antes do teste anti-HIV. ➤ Nas falas evidenciaram-se abordagens superficiais e insuficientes para quebrar a cadeia de transmissão. ➤ Os profissionais de saúde apresentam limitações e impotências, uma vez que devolvem à paciente a responsabilidade sobre sua saúde, enfatizando a necessidade de adotar comportamentos mais desejáveis, como o uso sistemático e correto do preservativo.

continua...

continuação...

Código	Características da população	Tema central: GESTÃO DE SAÚDE
ID-53	País da pesquisa: Brasil Ano: 1997-2004 Procedência da população: brasileiras HIV: (-) Faixa etária: NA	Percepção negativa das ações de aconselhamento associada a não-aconselhamento ➤ Desvalorização da escuta.
ID-50	País da pesquisa: Brasil Ano: 2003 Procedência da população: analisa a prática de aconselhamento de profissionais de saúde brasileiros HIV: NA Faixa etária: NA	Percepção restrita sobre a ocorrência da aids ➤ Embora todos os médicos afirmassem que a aids é uma doença social, alguns médicos acharam que a mesma reflete hábitos e costumes.
IB-48	País da pesquisa: Brasil Ano: entrevistas com médicos e usuárias HIV+ (NE), campanhas (1987-1996), Procedência da população: mexicanos e brasileiros HIV: (+) Faixa etária: 20-48 anos	Visão biologista dos profissionais da saúde sobre os problemas de saúde ➤ A maioria dos médicos manifestou que optaram pela medicina pelo mito de cura, e outros manifestaram que escolheram a medicina por influência dos familiares, admiração aos médicos e rentabilidade. ➤ Os médicos afirmaram que a problemática de HIV nas mulheres acontece pela fragilidade feminina no relacionamento e problema de saúde pública, ou consequência do bissexualismo masculino. ➤ Os médicos avaliavam as campanhas de prevenção do HIV como fracas, não ajudam a mudar comportamento ou enfatizam usar preservativo. ➤ A maioria dos médicos manifestou que o seu papel como médico em relação à epidemia do HIV/AIDS é de prevenção; outros citaram que é diminuir o preconceito, rediscutir a ética e mudar a relação tradicional com o paciente.

continua...

continuação...

Código	Características da população	Tema central: GESTÃO DE SAÚDE
ID-53	País da pesquisa: Brasil Ano: 1997-2004 Procedência da população: brasileiras HIV: (-) Faixa etária: NA	Preconceito dos profissionais de saúde, associado à exclusão de grupos sociais das medidas de promoção e prevenção ➤ Representações sociais dos profissionais sobre a aids, as quais geram ações discriminatórias e desenvolvimento de ações equivocadas: não investigam infecção pelo HIV em mulheres em relações conjugais estáveis ou em idade avançada, por considerarem que não têm “comportamento de risco”.
ID-53	País da pesquisa: Brasil Ano: 1997-2004 Procedência da população: brasileiras HIV: (-) Faixa etária: NA	Visão biologista dos profissionais de saúde sobre os problemas de saúde ➤ Imposição de medidas preventivas à transmissão do HIV, desconsiderando os determinantes da não-adoção das medidas preventivas à transmissão do HIV. ➤ Intervenções não voltadas para os determinantes dos comportamentos dos usuários. ➤ Investigação epidemiológica da infecção pelo HIV, nas parceiras de homens soropositivos ao HIV.
IB-47	País da pesquisa: Brasil Ano: 2006 Procedência da população: brasileiras HIV: NE Faixa etária: 20-49 anos	Inexistência de vínculo das mulheres com os profissionais de saúde, associada à não-adoção de medidas preventivas ➤ Ausência de integração entre a comunidade e a equipe de SF, o que se evidencia na falha de adesão ao programa, nas atividades educativas.
ID-53	País da pesquisa: Brasil Ano: 1997-2004 Procedência da população: brasileiras HIV: (-) Faixa etária: NA	Inexistência de vínculo das mulheres com os profissionais de saúde, associada à descontinuidade das ações de promoção e prevenção ➤ Rotatividade e frequência irregular de profissionais que dificultam a continuidade da assistência e formação de vínculo. ➤ A linguagem do profissional não é própria para o usuário, interferindo na adesão às ações pela dificuldade de assimilação.

5 CONCLUSÕES

O estudo teve como objetivo identificar os elementos da vulnerabilidade feminina ao HIV, explicitados nas investigações produzidas na última década. A metodologia utilizada permitiu a identificação desses elementos nas três dimensões da vulnerabilidade ao HIV.

Esses elementos da vulnerabilidade feminina não influenciaram a transmissão do HIV de forma isolada, mas mantiveram interações contínuas e dependentes do contexto social e cultural das mulheres estudadas.

A análise dos estudos mostrou ser inegável que as *normas sociais; gestão de saúde; migração; contexto do relacionamento sexual estável da mulher; condição econômica insuficiente e contexto socioeconômico do país* influenciaram a vulnerabilidade da mulher ao HIV, de forma semelhante, perpassando todas as faixas etárias, os países e todos os anos em que foram realizados os estudos, sendo as diferenças correspondentes às características do contexto social em que as mulheres viviam.

No entanto, segundo o resultado do tamanho do efeito, pode-se afirmar que os elementos da vulnerabilidade ao HIV relacionados à gestão de saúde, contexto do relacionamento sexual estável da mulher e condição socioeconômica insuficiente tiveram influência intensa. No entanto, não se pode desconsiderar que tais resultados podem refletir o maior interesse dos autores pelas temáticas das evidências científicas identificadas.

Ficou evidente a complexidade das interações entre os elementos da vulnerabilidade feminina ao HIV e uma percepção de que aqueles que integram a dimensão individual sofrem uma determinação dos que se vinculam à dimensão social, ficando os da dimensão programática na intersecção das outras duas.

Ainda, as interações dos elementos, compondo uma teia, reiteram sua complexidade e explicitam a necessidade de revisão das intervenções junto ao segmento feminino visando à prevenção da infecção pelo HIV.

O desafio atual para a saúde coletiva é como enfrentar as condições sociais que incrementam a vulnerabilidade para HIV/AIDS, com ações que envolvam cooperações técnica e política de forma conjunta por diferentes países, em várias regiões do mundo, para o uso mais eficiente e com maior igualdade na distribuição dos poucos recursos disponíveis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ayres JRCM, Calazans GJ, Saletti Filho HC, França Junior I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Júnior MD, Carvalho YM, organizadores. Tratado de saúde coletiva. Rio de Janeiro: Hucitec, Fio Cruz; 2006. p. 354-95.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Projetos Especiais de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis [texto na internet]. 3ª ed. Brasília; 1999 [citado 2007 nov. 20]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Plano integrado de enfrentamento da feminização da epidemia de Aids e outras DST [texto na internet]. Brasília; 2007a [citado 2007 jun. 07]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Assessoria de Planejamento (ASPLAN). Plano estratégico programa nacional de DST e Aids [texto na internet]. Brasília; 2005a [citado 2006 nov. 10]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Curso básico de vigilância epidemiológica em HIV e Aids: caderno do aluno. [texto na internet]. Brasília; 2005b [citado 2006 dez. 05]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Bol Epidemiol Aids DST [periódico na internet]. 2007b [citado 2007 nov. 20];4(1). Disponível em: <http://www.aids.gov.br>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Manual de controle: doenças sexualmente transmissíveis [texto na internet]. 4ª ed. Brasília; 2006 [citado 2007 nov. 20]. (Serie manuais, 68). Disponível em: <http://www.aids.gov.br>.

Bronfman M. Ciencias Sociales y SIDA. Salud Pública MEx. 1999;41(2):83-4.

Caliri MHL. A utilização da pesquisa na prática clínica de enfermagem: limites e possibilidades [tese livre-docência na internet]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002 [citado 2008 maio 09]. Disponível em: www.teses.usp.br.

De-La-Torre-Ugarte-Guanilo MC, Takahashi RF. Indicadores de prevenção do HIV/AIDS em mulheres. In: Anais do 4º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, 14º Congresso da Associação Internacional de Políticas em Saúde, 10º Congresso Latino Americano de Medicina Social; 2007; Salvador, BR [CD ROM]. Salvador: ABRASCO; 2007.

Delor F, Hubert M. Revisiting the concept of “vulnerability”. *Soc Sci Med.* 2000;50:1557-70.

Flemming K. Asking answerable question. *Evid Based Nurs.* 1998;1:36-7.

Galvão CM, Sawada NO, Mendes IAC. A busca das melhores evidências. *Rev Esc Enferm USP.* 2003;37(4):43-50.

Guerreiro I, Ayres JRCM, Hearst N. Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais, São Paulo-SP. *Rev Saúde Pública.* 2002;(36 Supl 4):50-60.

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Report on the global AIDS epidemic: executive summary, may 2006 [texto na internet]. Geneva; 2006a [citado 2006 nov. 01]. Disponível em: <http://www.unaids.org>.

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Report on the global AIDS epidemic. 2006 [texto na internet]. Geneva; 2006b [citado 2006 nov. 01]. Disponível em: <http://www.unaids.org>.

Mann J, Tarantola DJM, Netter TW, organizadores. *A AIDS no mundo*. Rio de Janeiro: Relume; 1993.

Mann J, Tarantola DJM, organizadores. *A AIDS no mundo*. New York: Oxford University Press; 1996.

Moacyr N, Wanderley B, editores. *Prática clínica baseada em evidência*. São Paulo: Elsevier; 2001. Revisão sistemática e metanálise; p.145-56.

Paterson BL, Thorne SE, Canam C, Jillings C. *Meta-study of qualitative health research: a practical guide to meta-analysis and meta-synthesis*. California: Sage; 2001.

Ploeg J. Identifying the best research design to fit the question. Part 2: qualitative designs. *Evid Based Nurs.* 1999;2(2):36-7.

Power R. The role of qualitative research in HIV/AIDS. *AIDS.* 1998;12:687-95.

Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV / SIDA (ONUSIDA). *Expansão da resposta global contra o HIV/SIDA através de uma ação focalizada: Redução do risco e*

vulnerabilidade: definições, princípios e vias [texto na internet]. Genebra; 1998 [citado 2006 nov. 01]. Disponível em: <http://www.unaids.org>.

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH / SIDA (ONUSIDA). Seguimiento de la declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA: diretriz para el desarrollo de indicadores básicos [texto na internet]. Ginebra; 2005 [citado 2006 nov. 01]. Disponível em: <http://www.unaids.org>.

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) y Organización Mundial de la Salud (OMS). Situación de la epidemia de sida: informe especial sobre la prevención del VIH: diciembre de 2007 [texto na Internet]. Ginebra; 2007 [citado 2008 fev. 10]. Disponível em: http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/2007_epiupdate_es.pdf.

Sandelowski M, Barroso J. Classifying the finding in qualitative studies. Qual Health Res. 2003e;13(7):905-23.

Sandelowski M, Barroso J. Creating metasummaries of qualitative finding. Nurs Res. 2003a;52(4):226-33.

Sandelowski M, Barroso J. Handbook for synthesizing qualitative research. Brainerd: Bang Printing; 2007.

Sandelowski M, Barroso J. Motherhood in the context of maternal HIV infection. Res Nurs Health. 2003b;26:470-82.

Sandelowski M, Barroso J. Reading qualitative studies. Int J Qual Methods [periódico na internet]. 2002 [citado 2007 set. 30];1(1):5. Disponível em: <http://www.ualberta.ca/~ijqm/>.

Sandelowski M, Barroso J. Toward a metasynthesis of qualitative findings on motherhood in HIV - positive women. Res Nurs Health. 2003c;26:153-70.

Sandelowski M, Barroso J. Writing the proposal for a qualitative research methodology project. Qual Health Res. 2003d;13:781-820.

Sandelowski M, Docherty S, Emden C. Qualitative metasynthesis: issues and techniques. Res Nurs Health. 1997;20:335-71.

São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Programa Estadual de DST/AIDS - SP. Divisão de vigilância epidemiológica. Bol Epidemiol AIDS [periódico na internet]. 2007 [citado 2008 fev. 11];26(1):08. Disponível em: www.crt.saude.sp.gov.br.

São Paulo (Município). Secretaria Municipal da Saúde. Programa Municipal de DST/AIDS de São Paulo AIDS/DST e Hepatite B e C do Município de São Paulo [texto na internet]. São Paulo; 2007 [citado 2008 fev. 11]. Disponível em: www.prefeitura.sp.gov.br/dstaidas.

Stetler C, Brunell M, Giuliano K, Morsi D, Prince L, Newell-Stokes V. Evidence-Based Practice and the role of Nursing Leadership. JONA. 1998;28(7/8):45-53.

Takahashi RF. Marcadores de vulnerabilidade a infecção, adoecimento e morte por HIV e AIDS [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.

The University of Kent. Critical Appraisal of the Journal Literature. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). 10 Questions to help you make sense of qualitative research [texto na internet]. England: Public Health Resource Unit; 2006a [citado 2007 out. 15]. Disponível em: http://www.phru.nhs.uk/Doc_Links/Qualitative%20Appraisal%20Tool.pdf.

The University of Kent. Critical Appraisal of the Journal Literature. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). 10 Questions to help you make sense of reviews [texto na internet]. England: Public Health Resource Unit; 2006b [citado 2007 out. 15]. Disponível em: http://www.phru.nhs.uk/Doc_Links/S.Reviews%20Appraisal%20Tool.

The University of Kent. Critical Appraisal of the Journal Literature. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). Evaluation tool for quantitative studies [texto na internet]. England: Public Health Resource Unit; 2006c [citado 2007 out. 15]. Disponível em: <http://www.fhsc.salford.ac.uk/hcprdu/tools/quantitative.htm>.

Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. J Adv Nurs. 2005;52(5):546-53.

ARTIGOS INCLUÍDOS NA METASSÍNTESE

1. Abel E, Chambers K. Factors that influence vulnerability to STDs and HIV/AIDS among Hispanic women. *Health Care Women Int.* 2004;25(8):761-80.
2. Ackermann L, Klerk GW. When ideal and real culture clash--trust, infidelity and condom use. *Curationis.* 2003;26(2):40-3.
3. Alves RN, Kovacs MJ, Stall R, Paiva V. Fatores psicossociais e a infecção por HIV em mulheres, Maringá, PR. *Rev Saude Publica.* 2002;36(4 Suppl):32-9.
4. Bandyopadhyay M, Thomas J. Women migrant workers' vulnerability to HIV infection in Hong Kong. *AIDS Care.* 2002;14(4):509-21.
5. Barnett T, Whiteside A, Khodakevich L, Kruglov Y, Steshenko V. The HIV/AIDS epidemic in Ukraine: its potential social and economic impact. *Soc Sci Med.* 2000;51(9):1387-403.
6. Betini G. Da informação em saúde ao servidor como informação [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1997.
7. Booysen FR, Summerton J. Poverty, risky sexual behaviour, and vulnerability to HIV infection: evidence from South Africa. *J Health Popul Nutr.* 2002;20(4):285-8.
8. Borda KP. Aspectos da vulnerabilidade para HIV/AIDS em mulheres profissionais do sexo infectadas - Guarapuava-PR [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.
9. Bronfman MN, Leyva R, Negroni MJ, Rueda CM. Mobile populations and HIV/AIDS in Central America and Mexico: research for action. *AIDS.* 2002;16 Suppl 3:S42-9.
10. Bryceson DF, Fonseca J. Risking death for survival: Peasant responses to hunger and HIV/AIDS in Malawi. *World Dev.* 2006;34(9):1654-66.
11. Buvé A, Bishikwabo-Nsarhaza K, Mutangadura G. The spread and effect of HIV-1 infection in sub-Saharan Africa. *Lancet.* 2002;359(9322):2011-7.
12. Chen PC. An analysis of vulnerability to HIV in Papua New Guinea. *Pac Health Dialog.* 2001;8(1):166-75.
13. Collazos MF, Echeverry N, Molina AP, Canaval GE, Valencia CP. Riesgo de VIH/SIDA en la mujer: no es cuestión de clase. *Colomb Med.* 2005;36(3 supl 2):50-7.

14. Dandona R, Dandona L, Gutierrez JP, Kumar AG, McPherson S, Samuels F, et al. High risk of HIV in non-brothel based female sex workers in India. *MC Public Health*. 2005;5:87.
15. D'Cruz-Grote D. Prevention of HIV infection in developing countries. *Lancet*. 1996;348(9034):1071-4.
16. De Vogli R, Birbeck GL. Potential impact of adjustment policies on vulnerability of women and children to HIV/AIDS in sub-Saharan Africa. *J Health Popul Nutr*. 2005;23(2):105-20.
17. Epele ME. Gender, violence and HIV: Women's survival in the streets. *Cult Med Psychiatry*. 2002; 26(1):33-54.
18. Esposito APG, Kahhale EMP. Sex professionals: HIV-related aspects and generating meanings in daily work. *Psicol Reflex Crit*. 2006;19(2):329-39.
19. Fox AM, Jackson SS, Hansen NB, Gasa N, Crewe M, Sikkema KJ. In their own voices: a qualitative study of women's risk for intimate partner violence and HIV in South Africa. *Violence Against Women*. 2007;13(6):583-602.
20. Franco FG, Figueiredo MAC. Aids, drogas e "ser mulher". Relatos de mulheres soropositivas para o HIV. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2004;37(1/2):106-16.
21. Freedman J, Poku N. The socioeconomic context of Africa's vulnerability to HIV/AIDS. *Rev Int Stud*. 2005;31(4):665-86.
22. Geraldles SM. Bemmalmequer: análise da vulnerabilidade feminina à contaminação por HIV no Brasil e no México [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Filosofia Letras Ciências e Humanas, Universidade de São Paulo; 1998.
23. Ghosh J, Kalipeni E. Women in Chinsapo, Malawi: vulnerability and risk to HIV/AIDS. *SAHARA J*. 2005;2(3):320-32.
24. Giordani AT. Violência sexual e a vulnerabilidade às IST - AIDS em mulheres detentas [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003.
25. Grimberg M. "Saber de SIDA" y cuidado sexual en mujeres jóvenes de sectores populares del cordón sur de la ciudad de Buenos Aires. Apuntes para la definición de políticas de prevención. *Cad Saúde Pública*. 2001;17(3):481-9.
26. Guirão JL. Vulnerabilidade e resiliência entre adolescentes e jovens vivendo com HIV/SIDA na cidade de Maputo, Moçambique: Kuhanya - o contágio da vida [teses]. Brasília: Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília; 2007.

27. Kathewera-Banda M, Gomile-Chidyaonga F, Hendriks S, Kachika T, Mitole Z, White S. Sexual violence and women's vulnerability to HIV transmission in Malawi: a rights issue. *Int Soc Sci J*. 2005;57(4):649-60.
28. Kelly JA, Amirkhanian YA, Kabakchieva E, Csepe P, Seal DW, Antonova R, et al. Gender roles and HIV sexual risk vulnerability of Roma (Gypsies) men and women in Bulgaria and Hungary: an ethnographic study. *AIDS Care*. 2004;16(2):231-45.
29. Kerr-Pontes LRS, González F, Kendall C, Leão EMA, Távora FR, Caminha I, et al. Prevention of HIV infection among migrant population groups in Northeast Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(1):320-8.
30. Laurent C, Bourgeois A, Mpoudi M, Butel C, Peeters M, Mpoudi-Ngolé E, et al. Commercial logging and HIV epidemic, rural Equatorial Africa. *Emerg Infect Dis*. 2004;10(11):1953-6.
31. Le Franc E, Wyatt GE, Chambers C, Eldemire D, Bain B, Ricketts H. Working women's sexual risk taking in Jamaica. *Soc Sci Med*. 1996;42(10):1411-7.
32. Lefkowitz ES, Gillen MM, Shearer CL, Boone TL. Religiosity, sexual behaviors, and sexual attitudes during emerging adulthood. *J Sex Res*. 2004;41(2):150-9.
33. Lian WM, Chan R, Wee S. Sex workers' perspectives on condom use for oral sex with clients: a qualitative study. *Health Educ Behav*. 2000;27(4):502-16.
34. MacPhail C, Campbell C. 'I think condoms are good but, aai, I hate those things': condom use among adolescents and young people in a Southern African township. *Soc Sci Med*. 2001;52(11):1613-27.
35. Masanjala W. The poverty-HIV/AIDS nexus in Africa: A livelihood approach. *Soc Sci Med*. 2007;64(5):1032-41.
36. Mill JE, Anarfi JK. HIV risk environment for Ghanaian women: challenges to prevention. *Social Science Medicine*. 2002;54(3):325-37.
37. Moreno CL. The relationship between culture, gender, structural factors, abuse, trauma, and HIV/AIDS for Latinas. *Qual Health Res*. 2007;17(3):340-52.
38. Morrison-Beedy D, Carey MP, Lewis BP. Modeling condom-use stage of change in low-income, single, urban women. *Res Nurs Health*. 2002;25(2):122-34.
39. Neves FRA. O aconselhamento para realização da sorologia a Anti-HIV em gestantes: factibilidades e utopias [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003.
40. Nunes, CLX. Aspectos bioéticos relacionados à infecção pelo HIV em um grupo de mulheres em Salvador, Bahia. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2004;28(2):180-90.

41. Omorodion F, Gbadebo K, Ishak P. HIV vulnerability and sexual risk among African youth in Windsor, Canada. *Cult Health Sex*. 2007;9(4):429-37.
42. Paiva MS. Vivenciando a gravidez e experienciando a soropositividade para o HIV [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2000.
43. Paiva V, Pupo LR, Barboza R. O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2006;40 Suppl:109-19.
44. Polacsek M, Celentano DD, O'Campo P, Santelli J. Correlates of condom use stage of change: implications for intervention. *AIDS Educ Prev*. 1999;11(1):38-52.
45. Pyett PM, Warr DJ. Vulnerability on the streets: female sex workers and HIV risk. *AIDS Care*. 1997;9(5):539-47.
46. Reis RK. Convivendo com a diferença: o impacto da sorodiscordância na vida afetivo-sexual de portadores do HIV/AIDS [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2004.
47. Saldanha AAW. Vulnerabilidade e construções de enfrentamento da soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamento estável [tese]. Ribeirão Preto: Faculdade de Filosofia, Ciências, Letras e Humanas, Universidade de São Paulo; 2003.
48. Smith-Estelle A, Gruskin S. Vulnerability to HIV/STIs among rural women from migrant communities in Nepal: a health and human rights framework. *Reprod Health Matters*. 2003;11(22):142-51.
49. Soskolne V, Shtarkshall RA. Migration and HIV prevention programmes: linking structural factors, culture, and individual behaviour - an Israeli experience. *Soc Sci Med*. 2002;55(8):1297-1307.
50. Sousa JHM, Paiva MS. Vulnerabilidade de jovens frente a infecção pelo HIV e as representações sociais da AIDS. *Rev Baiana Enferm*. 2002;17(3):55-64.
51. Sousa MCP. Questão de gênero nas ações de prevenção do HIV / AIDS em mulheres, desenvolvidas pela equipe de saúde da família no município de Teresina – PI [dissertação]. Recife: Saúde Coletiva, Universidade Federal de Pernambuco; 2007.
52. Stampley CD, Mallory C, Gabrielson M. HIV/AIDS among midlife African American women: an integrated review of literature. *Res Nurs Health*. 2005;28(4):295-305.
53. Takahashi RF. Marcadores de vulnerabilidade a infecção, adoecimento e morte por HIV e aids [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.

54. Theodore FL, Gutierrez JP, Torres P, Luna G. Compensated sex: a practice at the heart of young Mexican women's vulnerabilities (STI/HIV/AIDS). *Salud Publica Mex.* 2004; 46(2):104-12.

ARTIGOS EXCLUÍDOS NA METASÍNTESE

1. Alencar CCP. As representações sociais de mulheres soropositivas ao HIV sobre o seu processo saúde-doença [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1998.
2. Barrientos JE; Bozon MO, Edith AA. HIV prevalence, AIDS knowledge, and condom use among female sex workers in Santiago, Chile. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(8):1777-84.
3. Bazargan M, Kelly EM, Stein JA, Husaini BA, Bazargan SH. Correlates of HIV risk-taking behaviors among African-American college students: the effect of HIV knowledge, motivation, and behavioral skills. *J Natl Med Assoc*. 2000;92(8):391-404.
4. Becker ML, Ramesh BM, Washington RG, Halli S, Blanchard JF, Moses S. Prevalence and determinants of HIV infection in South India: a heterogeneous, rural epidemic. *AIDS*. 2007;21(6):739-47.
5. Benotsch EG, Pinkerton SD, Dyatlov RV, DiFranceisco W, Smirnova TS, Swain GR, et al. A comparison of HIV/AIDS knowledge and attitudes of STD clinic clients in St. Petersburg, Russia and Milwaukee, Wi, USA. *J Community Health*. 2004;29(6):451-65.
6. Benotsch EG, Somlai AM, Pinkerton SD, Kelly JA, Ostrovski D, Gore-Felton C, Kozlov AP. Drug use and sexual risk behaviours among female Russian IDUs who exchange sex for money or drugs. *Int J STD AIDS*. 2004;15(5):343-7.
7. Bronfman M. Ciencias Sociales y SIDA. *Salud Publica Mex*. 1999;41(2):83-4.
8. Davis RB, Duncan L, Turner LW, Young M. Perceptions of human immunodeficiency virus and sexually transmitted disease risk among low-income adults: a pilot study. *Appl Nurs Res*. 2001;14(2):105-9.
9. Eckenfels EJ. Current health care system policy for vulnerability reduction in the United States of America: a personal perspective. *Croat Med J*. 2002;43(2):179-83.
10. Evans L, Strathdee SA. A roof is not enough: Unstable housing, vulnerability to HIV infection and the plight of the SRO. *Int J Drug Policy*. 2006;17(2):115-7.
11. Fioroni LN. Vulnerabilidade feminina e a construção de significados sobre a maternidade em mulheres portadoras do HIV [tese]. Ribeirão Preto: Faculdade de Filosofia, Ciências, Letras e Humanas, Universidade de São Paulo; 2005.
12. Gilbert L, Walker L. Treading the path of least resistance: HIV/AIDS and social inequalities a South African case study. *Soc Sci Med*. 2002;54(7):1093-110.
13. Gould WTS. Vulnerability and HIV/AIDS in Africa: from demography to development. *Popul Space Place*. 2005;11(6):473-84.

14. Guest G, Bunce A, Johnson L, Akumatey B, Adeokun L. Fear, hope and social desirability bias among women at high risk for HIV in West Africa. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2005;31(4):285-7.
15. Hankins C. From a vicious circle to a virtuous circle: reinforcing strategies of risk, vulnerability, and impact reduction for HIV prevention. *Lancet*. 2004;364(9449):1915-6.
16. Hoffman S, Koslofsky S, Exner TM, Yingling S, Ehrhardt AA. At risk or not? Susceptibility perceptions of women using family planning services in an AIDS epicenter. *AIDS Behavior*. 2000;4(4):389-98.
17. Lane SD, Rubinstein RA, Keefe RH, Webster N, Cibula DA, Rosenthal A, et al. Structural violence and racial disparity in HIV transmission. *J Health Care Poor Underserved*. 2004;15(3):319-35.
18. Latka M. Drug-using women need comprehensive sexual risk reduction interventions. *Clin Infect Dis*. 2003;37 Suppl 5:S445-50.
19. Li X, Fang X, Lin D, Mao R, Wang J, Cottrell L, et al. HIV/STD risk behaviors and perceptions among rural-to-urban migrants in China. *AIDS Educ Prev*. 2004;16(6):538-56.
20. Lollis CM, Johnson EH, Antoni MH, Hinkle Y. Characteristics of African-Americans with multiple risk factors associated with HIV/AIDS. *J Behav Med*. 1996;19(1):55-71.
21. Monasch R, Mahy M. Young people: the centre of the HIV epidemic. *World Health Organ Tech Rep Ser*. 2006;938:15-41.
22. Muñoz-Silva A, Sánchez-García M, Nunes C, Martins A. AIDS prevention in late adolescent college students from Spain and Portugal. *Public Health*. 2007;121(9):673-81.
23. Nagot N, Ouangré A, Ouedraogo A, Cartoux M, Huygens P, Defer MC, et al. Spectrum of commercial sex activity in Burkina Faso: classification model and risk of exposure to HIV. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2002;29(5):517-21.
24. Quinn TC. HIV/AIDS in women: an expanding epidemic. *Sci Women Health*. 2005;308(5728):1582-3.
25. Rassjö EB, Mirembe FM, Darj E. Vulnerability and risk factors for sexually transmitted infections and HIV among adolescents in Kampala, Uganda. *AIDS Care*. 2006;18(7):710-6.
26. Renton A, Gzirishvilli D, Gotsadze G, Godinho J, Renton A, Gzirishvilli D, et al. Epidemics of HIV and sexually transmitted infections in Central Asia Trends, drivers and priorities for control. *Int J Drug Policy*. 2006;17(6):494-503.

27. Rhodes T, Singer M, Bourgois P, Friedman SR, Strathdee SA. The social structural production of HIV risk among injecting drug users. *Soc Sci Med*. 2005;61(5):1026-44.
28. Riehman KS, Sly DF, Soler H, Eberstein IW, Quadagno D, Harrison DF. Dual-method use among an ethnically diverse group of women at risk of HIV infection. *Fam Plann Perspect*. 1998;30(5):212-7.
29. Ruangjiratain SRN, Kendall, Judy RN. Understanding Women's Risk of HIV Infection in Thailand through Critical Hermeneutics. *ANS Adv Nurs Sci*. 1998;21(2):42-51.
30. Schaper LC. Prevalência da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana em mulheres reclusas da agência prisional de Goiás e a sua vulnerabilidade a esse agravo [dissertação]. Goiás: Ciências Ambientais e Saúde, Universidade Católica de Goiás; 2005.
31. Strazza AL. "Estudo da vulnerabilidade à infecção pelo HIV em detentas da Penitenciária Feminina do Butantã - SP avaliada por técnicas sorológicas e pela técnica do TAT" [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2003.
32. Strazza L, Azevedo RS, Carvalho HB, Massad E. The vulnerability of Brazilian female prisoners to HIV infection. *Braz J Med Biol Res*. 2004;37(5):771-6.
33. Surratt HL, Inciardi JA, Weaver JC, Falú VM. Emerging linkages between substance abuse and HIV infection in St. Croix, US Virgin Islands. *AIDS Care*. 2005;17 Suppl 1:S26-35.
34. Szwarcwald CL, Bastos FI, Gravato N, Lacerda R, Chequer PN, Castilho EA. To assess the role of illicit drug use as a risk factor of HIV infection among female commercial sex workers in the city of Santos, Brazil. *Intl J Drug Policy*. 1998;9(6):427-36.
35. Takacs J, Amirkhanian YA, Kelly JA, Kirsanova AV, Khoursine RA, Mocsonaki L. "Condoms are reliable but I am not": A qualitative analysis of AIDS - related beliefs and attitudes of young heterosexual adults in Budapest, Hungary, and St. Petersburg, Russia. *Cent Eur J Public Health*. 2006;14(2):59-66.
36. Thomas J, Bandyopadhyay M. Ethnic minorities and their vulnerability to AIDS in a border state of India. *AIDS Care*. 1999;11(1):45-60.
37. Tierney S. Adolescents and HIV: creating partnerships. *Focus*. 1998;13(6):1-4.
38. Turmen T. Gender and HIV/AIDS. *Int J Gynecol Obstet*. 2003; 82(3):411-8.
39. Van Donk M. "Positive" urban futures in sub-Saharan Africa: HIV/AIDS and the need for ABC (A Broader Conceptualization). *Environ Urban*. 2006;18(1):155-75.

40. Van Niekerk AA. Moral and social complexities of AIDS in Africa. *J Med Philos.* 2002;27(2):143-62.
41. Villela WV, Doreto DT. Young people's sexual experience. *Cad Saúde Pública.* 2006;22(11):2467-72.
42. Wang B, Li X, Stanton B, Fang X, Liang G, Liu H, et al. Gender differences in HIV-related perceptions, sexual risk behaviors, and history of sexually transmitted diseases among Chinese migrants visiting public sexually transmitted disease clinics. *AIDS Patient Care STDS.* 2007;21(1):57-68.
43. Williams PB, Ekundayo O, Udezulu IE, Omishakin AM. An ethnically sensitive and gender-specific HIV/AIDS assessment of African American women: a comparative study of urban and rural American communities. *Fam Community Health.* 2003;26(2):108-23.
44. Wools KK, Menya D, Muli F, Heilman D, Jones R. Perception of risk, sexual behavior and STD/HIV prevalence in western Kenya. *East Afr Med J.* 1998;75(12):679-83.
45. Zierler S, Witbeck B, Mayer K. Sexual violence against women living with or at risk for HIV infection. *Am J Prev Med.* 1996;12(5):304-10.

APÊNDICE A

FICHA A

VULNERABILIDADE FEMININA AO HIV: METASSÍNTESE

FICHA PARA SELECIONAR AS PUBLICAÇÕES, SEGUNDO OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Código da publicação: **IP-01**
 Tipo: Artigo(x) Artigo de revisão() Dissertação () Tese ()
 Tese de Livre-Docência ()
 Tipo de estudo: Quantitativo (x) Qualitativo ()
 Afiliação do 1º autor (a): Enfermagem
 Ano em que o estudo foi desenvolvido: 1996
 Locação geográfica do estudo: Nova York. EEUU
 Idioma: Inglês
 Características da população:
 - Mulher soropositiva ao HIV() - Mulher soronegativa ao HIV(x)
 - Idade média: 30 anos - Faixa etária: 18 a 55 anos.

OBJETIVO DA PESQUISA:

Geral:

- Investigar como diferentes construtos influenciam a mudança de estágio* no uso do preservativo por mulheres solteiras, com baixas condições socioeconômicas e moradoras em regiões urbanas, para ter um entendimento mais completo do comportamento de risco.
(com ênfase nos construtos potencialmente modificáveis relacionados ao HIV, como: conhecimento relacionado ao HIV, normas sociais, familiaridade com pessoas soropositivas ao HIV, percepção da vulnerabilidade ao HIV, facilidade geral para mudanças e ponderação entre os aspectos positivos e negativos do uso do preservativo)

RESULTADOS:

As mulheres com parceiro fixo são influenciadas pelas **normas sociais** para não usar ou iniciar e manter o uso do preservativo, **de forma a torná-las vulneráveis** ou não:

- As mulheres que acreditam ter relacionamento estável e monogâmico consideram o uso do preservativo somente se as normas sociais de seus parceiros sexuais e membros do grupo (amigas e amigos) apóiam o uso do preservativo. Essas normas geram um aumento da percepção dos aspectos positivos do uso do preservativo, colocando-as em estágios mais avançados para o uso do preservativo. No entanto, elas podem também pensar que a preocupação com a prevenção é exagerada, uma vez que o HIV nunca as afetará.
- O conhecimento sobre a prevenção e transmissão do HIV de mulheres com parceiros múltiplos, casuais ou relação recém-iniciada é determinante do não-uso ou do início e manutenção do uso do preservativo, de forma a torná-las vulneráveis ou não. O maior conhecimento sobre formas de prevenção e transmissão do HIV reduziu a percepção da desvantagem do uso do preservativo, incrementou a facilidade para mudanças e melhorou a percepção das vantagens do uso do preservativo, o qual facilitou mudanças no uso do preservativo para estágios mais avançados.

**pré-contemplação* (não tem intenção de mudar seu comportamento); *contemplação* (tem intenção de mudar seu comportamento nos próximos 6 meses); *preparação* (tem intenção de mudar seu comportamento no próximo mês); *ação* (há mudanças em seu comportamento por pelo menos 6 meses) e *manutenção* (a mudança do seu comportamento permanece por mais de 6 meses).

1) Os resultados têm relação com os elementos de vulnerabilidade à infecção pelo HIV?

Sim (x) Não ()

2) Os resultados estão baseados nos dados coletados?

Sim (x) Não ()

3) O estudo cumpre com os critérios de inclusão?

Sim (x) Não ()

APÊNDICE A

FICHA A

VULNERABILIDADE FEMININA AO HIV: METASSÍNTESE

FICHA PARA SELECIONAR AS PUBLICAÇÕES, SEGUNDO OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Código da publicação: **IP-02**
 Tipo: Artigo(x) Artigo de revisão() Dissertação() Tese()
 Tese de Livre-Docência ()
 Tipo de estudo: Quantitativo () Qualitativo (x)
 Afiliação do 1º autor (a): Instituto Nacional de Saúde Pública
 Ano em que o estudo foi desenvolvido: 2001
 Localização geográfica do estudo: Guatemala, México, Nicarágua, Costa Rica, El Salvador, Honduras, Belize, Panamá *(totalizaram 11 estações de trânsito, caracterizadas por ser: cidades de fronteira, cidade portuária, áreas onde se congregavam populações em constante mobilidade).*
 Idioma: Inglês
 Características da população:
 - Mulher soropositiva ao HIV() - Mulher soronegativa ao HIV(x)
 - Idade média: 39 anos - Faixa etária: NE (maior de 16 anos)

OBJETIVO DA PESQUISA:

- Apresentar os resultados parciais de um estudo que identificou conhecimento sobre a prevenção e transmissão do HIV de populações em constante mobilidade e população fixa em um local, assim como, o papel das ONGs e governamentais na redução da vulnerabilidade às DST/HIV/AIDS dessas populações.

RESULTADOS:

O processo de migração e a migração* incrementam a vulnerabilidade ao HIV

- As mulheres migrantes não documentadas, que têm sido deportadas ou têm falta de recursos econômicos, precisam de apoio na luta contra as violações de seus direitos humanos ou na defesa de agressões que ocorrem ao se prostituírem, por necessidade de sobrevivência.
- As trabalhadoras sexuais, em sua maioria, são migrantes ilegais.
- É pouco provável que as migrantes ilegais procurem um serviço governamental pelo temor de serem deportadas.
- As trabalhadoras sexuais relataram não usar preservativo com seus parceiros, por não serem considerados clientes, mesmo sabendo que eles não são monogâmicos.
- Faltam serviços nas fronteiras que contemplem as necessidades das populações em constante mobilidade, incluindo a defesa contra a violação dos direitos humanos, sendo comum a violência, a pobreza e a corrupção das autoridades das fronteiras e profissionais dos serviços de fronteira.
- Poucos serviços públicos estão disponíveis nas fronteiras, em particular os serviços de saúde.
- A maioria das mulheres (mais que 60%) é, frequentemente, forçada a ter relações sexuais com os profissionais da fronteira para receber autorização para atravessar as fronteiras.
- Nesse contexto, o comércio sexual, a prostituição pela sobrevivência e a prática de relações sexuais sem consentimento se realizam em condições que tornam as mulheres vulneráveis à infecção pelo HIV, dado que o uso de preservativo não é frequente.

*compreende a dinâmica da mobilidade constante de populações em suas diversas formas, e não no conceito-padrão de migração permanente (mudança e fixação de residência) ou migração temporária (migração para trabalho: cíclico, por temporada ou trabalho temporário).

1) Os resultados têm relação com os elementos de vulnerabilidade à infecção pelo HIV?

Sim (x) Não ()

2) Os resultados estão baseados nos dados coletados?

Sim (x) Não ()

3) O estudo cumpre com os critérios de inclusão?

Sim (x) Não ()

APÊNDICE A

FICHA A

VULNERABILIDADE FEMININA AO HIV: METASSÍNTESE

FICHA PARA SELECIONAR AS PUBLICAÇÕES, SEGUNDO OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Código da publicação: **IP-03**
 Tipo: Artigo(x) Artigo de revisão() Dissertação() Tese()
 Tese de Livre-Docência ()
 Tipo de estudo: Quantitativo () Qualitativo (x)
 Afiliação do 1º autor (a): NE
 Ano em que o estudo foi desenvolvido: 1992
 Localização geográfica do estudo: Kingston. Jamaica
 Idioma: Inglês
 Características da população:
 - Mulher soropositiva ao HIV() - Mulher soronegativa ao HIV(x)
 - Idade média: NE - Faixa etária: 20 a 51 anos

OBJETIVO DA PESQUISA:

➤ Examinar o comportamento de risco de dois grupos de mulheres trabalhadoras na Jamaica. *(influenciado pela expectativa da mulher sobre o papel do homem como parceiro e mantenedor e pela ameaça da sua estabilidade econômica, segundo a qualidade e o futuro do relacionamento homem-mulher).*

RESULTADOS:

O comportamento sexual da mulher, que a torna vulnerável à infecção pelo HIV, pode ser conseqüente às condições que permeiam seu relacionamento conjugal.

Percepção da mulher em relação ao papel dos homens como mantenedores.

- **Múltiplos parceiros como meio de segurança econômica:** muitas mulheres perceberam que o salário delas é suplementar e esperam que o homem seja o principal mantenedor das despesas da família. A duração e qualidade do relacionamento conjugal foram frequentemente frágeis e facilmente dissolúveis, resultando em um círculo que incrementou as necessidades econômicas das mulheres, as quais procuram múltipla parceria, com a possibilidade de ter mais filhos, visando a reforçar a obrigação de apoio econômico dos parceiros.
- **Não-uso ou uso inconstante do preservativo:** a busca de segurança financeira, advinda da responsabilidade do parceiro em manter o filho, levou a maioria das mulheres a não usar ou usar de forma inconstante o preservativo visando a engravidar.
- **A prática da poligamia pelo parceiro:** as mulheres, embora cientes do envolvimento dos parceiros com outras mulheres, temeram reclamar para não perder o apoio econômico dos parceiros.
- **Violência física no relacionamento:** limitou a disposição e habilidade da mulher para propor o **uso do preservativo**, discutir a infidelidade do parceiro ou terminar tal relacionamento.
- **Uso do preservativo relacionado a múltiplas parcerias e doenças:** nas situações em que há violência, as mulheres sentem dificuldades para propor o uso do preservativo, pois estaria reconhecendo a múltipla parceria do parceiro. Razão que levou muitas mulheres a não discutirem o uso do preservativo, para alongar o relacionamento.
- **Independência econômica é interpretada como ter um homem:** os parceiros consideraram que o salário das mulheres deveria ser gasto com as despesas da família. As mulheres, que concebem o homem como o principal mantenedor, optaram por **abandonar** qualquer esforço de independência econômica.

Na Jamaica, para as mulheres terem múltiplos parceiros e filhos dos mesmos constituem padrões de estabilidade econômica, contribuindo para que a mulher adote comportamentos que a tornam vulnerável à infecção pelo HIV, evidenciando a determinação da situação econômica nessa vulnerabilidade.

1) Os resultados têm relação com os elementos de vulnerabilidade à infecção pelo HIV?

Sim (x) Não ()

2) Os resultados estão baseados nos dados coletados?

Sim (x) Não ()

3) O estudo cumpre com os critérios de inclusão?

Sim (x) Não ()

APÊNDICE A

FICHA A

VULNERABILIDADE FEMININA AO HIV: METASSÍNTESE

FICHA PARA SELECIONAR AS PUBLICAÇÕES, SEGUNDO OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Código da publicação: **IP-04**
 Tipo: Artigo(x) Artigo de revisão() Dissertação() Tese()
 Tese de Livre-Docência ()
 Tipo de estudo: Quantitativo (x) Qualitativo ()
 Afiliação do 1º autor (a): Não Específica (NE)
 Ano em que o estudo foi desenvolvido: NE
 Localização geográfica do estudo: NE
 Idioma: Inglês
 Características da população:
 - Mulher soropositiva ao HIV() - Mulher soronegativa ao HIV(x)
 - Idade média de 21anos - Faixa etária: 18 a 25 anos

OBJETIVO DA PESQUISA:

- Identificar as associações entre religiosidade, atitude e comportamento sexual de adolescentes ao passarem para a idade adulta, usando uma avaliação multidimensional da religiosidade e da sexualidade.

Religiosidade compreende afiliação a grupos religiosos; frequência da assistência a serviços religiosos; prática da oração ou meditação religiosa; adesão aos princípios da religião abrangendo planejamento familiar, encontros sexuais pré-maritais e extramaritais e aborto; percepção das sanções negativas da religião sobre planejamento familiar, encontros sexuais pré-maritais, encontros sexuais extramaritais e aborto.

Atitude compreende atitudes sexuais conservacionistas; percepção da vulnerabilidade ao HIV (temor e preocupação com a aids e crenças relacionadas ao preservativo, em termos de prevenção da gravidez, DSTs e prazer), atitudes sobre o uso do preservativo (credibilidade na proteção conferida pelo preservativo às DSTs e HIV e de que o uso do preservativo diminui o prazer sexual).

Comportamento sexual compreende abstinência, idade da iniciação sexual, número de parceiros e uso de preservativo, auto-eficácia no uso do preservativo (disposição para comprar, usar e propor seu uso e indisposição para carregá-lo).

RESULTADOS:

Independentemente de serem católicos ou protestantes, nos indivíduos com maior participação a serviços **religiosos**, a probabilidade da prática da **abstinência sexual** é maior e quando se tornam **sexualmente ativos** tiveram **menos parceiros**, em comparação com aqueles com menor participação em serviços religiosos.

- Os jovens com abstinência sexual relataram participação quase semanalmente em serviços religiosos, resultando em maior influência da religião na vida diária e adesão aos preceitos religiosos, comparados com os jovens sexualmente ativos, que assistiram menos de uma vez por mês a serviços religiosos.
- Entre os jovens que foram sexualmente ativos e os que participaram de serviços religiosos mais frequentemente relataram ter menor número de parceiros sexuais, desde o início da atividade sexual até o momento do estudo, comparados com jovens que participaram menos dos serviços religiosos.
- Em relação ao início da atividade sexual e ao uso regular de preservativo, não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos.
- Indivíduos com maior frequência da prática de oração ou meditação religiosa e aderentes aos princípios da religião em relação ao comportamento sexual, tenderam a ter atitudes sexuais mais conservadoras.

- Indivíduos que participaram de serviços religiosos mais freqüentemente tiveram menos temor ou preocupação em contrair HIV, em contraste com os jovens que não participaram freqüentemente dos serviços religiosos, mas que tiveram maior prática de oração ou meditação religiosa nas suas vidas, os quais tenderam a se preocupar mais com HIV.

Os indivíduos com maior freqüência de participação nos serviços religiosos apresentam maior probabilidade de atitudes menos positivas e menor auto-eficácia em relação ao uso do preservativo, que os menos religiosos.

- Os jovens mais religiosos tiveram menos probabilidade de acreditar que o preservativo pode prevenir a gravidez e as DSTs/AIDS.
- Jovens que acreditam em sanções religiosas para alguns comportamentos sexuais, tiveram menor auto-eficácia na compra e uso de preservativos e indisposição para carregar o preservativo.

1) Os resultados têm relação com os elementos de vulnerabilidade à infecção pelo HIV?

Sim (x) Não ()

2) Os resultados estão baseados nos dados coletados?

Sim (x) Não ()

3) O estudo cumpre com os critérios de inclusão?

Sim (x) Não ()

APÊNDICE A

FICHA A

VULNERABILIDADE FEMININA AO HIV: METASSÍNTESE

FICHA PARA SELECIONAR AS PUBLICAÇÕES, SEGUNDO OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Código da publicação: **IP-05**
 Tipo: Artigo(x)Artigo de revisão()Dissertação()Tese()
 Tese de Livre-Docência ()
 Tipo de estudo: Quantitativo () Qualitativo (x)
 Afiliação do 1º autor (a): Programa de Antropologia e Saúde
 Ano em que o estudo foi desenvolvido: 1994
 Localização geográfica do estudo: Buenos Aires. Argentina
 Idioma: Espanhol
 Características da população:
 - Mulher soropositiva ao HIV() - Mulher soronegativa ao HIV(x)
 - Idade média: NE - Grupo etário: 15-35 anos.

OBJETIVO DA PESQUISA:

- Identificar as relações e identidades de gênero em relação à problemática de prevenção do HIV/AIDS. Trata-se dos resultados parciais de um projeto de pesquisa sobre a Construção Social do HIV/AIDS.

RESULTADOS:

Percepção e categorização do problema HIV/AIDS nas mulheres:

- Noção de “contágio” e do contexto normativo-moral que associou HIV/AIDS à “droga”/“promiscuidade”/“homossexualidade”, alimentando a percepção da doença como problema dos “outros” e reforçando o imaginário de garantias e seguridade moral, resultando na diminuição da capacidade de prevenção.

Modalidade do relacionamento das mulheres e uso de preservativo:

- O uso do preservativo é uma prática eventual e seu uso depende se o relacionamento está começando ou se o relacionamento é ocasional. Nos casos definidos como estáveis, o uso é alternado com outros métodos de prevenção (contraceptivos) ou configura o uso esporádico, uma vez que o “parceiro é estável”/“conhecimento-confiança”, o que lhe dá segurança de estar protegida contra a infecção pelo HIV.
- Na relação de gênero, se destaca a força de um “deve ser como mulher”, instituída em “comportamentos esperados” (*expressar desconhecimento e in experiência sexual, ter de esperar a iniciativa do homem, não aceitar facilmente o relacionamento sexual, por resistência*) e “necessários” para o desempenho do papel masculino, limitando a iniciativa do uso e a capacidade de negociação geral da mulher. Em particular, as possibilidades de negociar sexo seguro.
- O estereótipo, em que se atribui ao homem a iniciativa e o controle das relações sexuais e à mulher a satisfação do desejo do homem, dificulta o reconhecimento do próprio desejo, legitimando práticas coercivas por parte do homem, como o aspecto “natural” da função da mulher, dificultando a utilização do preservativo, tanto no início da vida sexual como em relacionamentos posteriores.
- O uso e a compra do preservativo são considerados responsabilidade e iniciativa do homem, e a capacidade de intervenção da mulher fica reduzida a solicitar o seu uso.
- Existe uma naturalização da resistência do homem para o uso do preservativo, embasada em uma identificação negativa em termos de prazer com o seu uso.

Desigualdades sociais femininas:

- As desigualdades de gênero articuladas a outras desigualdades sociais (acesso, controle de recursos materiais, autonomia e capacidade de tomar decisões) constituem condições de vulnerabilidade específica das mulheres jovens mais pobres.

1) Os resultados têm relação com os elementos de vulnerabilidade à infecção pelo HIV?

Sim (x) Não ()

2) Os resultados estão baseados nos dados coletados?

Sim (x) Não ()

3) O estudo cumpre com os critérios de inclusão?

Sim (x) Não ()

APÊNDICE A

FICHA A

VULNERABILIDADE FEMININA AO HIV: METASSÍNTESE

FICHA PARA SELECIONAR AS PUBLICAÇÕES, SEGUNDO OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Código do relatório: **IP-06**
 Tipo de publicação: Artigo (x) Artigo de revisão() Dissertação() Tese()
 Tese de Livre-Docência ()
 Tipo de estudo: Quantitativo () Qualitativo (x)
 Afiliação do 1º autor (a): Economia
 Ano em que o estudo foi desenvolvido: 1997-1998.
 Localização geográfica do estudo: Ucrânia. Ucrânia
 Idioma: Inglês
 Características da população:
 - Mulher soropositiva ao HIV() - Mulher soronegativa ao HIV() NA
 - Idade média: NA - Grupo etário: NA

OBJETIVO DA PESQUISA:

- Explorar as características socioeconômicas de Ukraine que provavelmente tornou particularmente suscetível e vulnerável ao HIV (*desde a desintegração da União Soviética*).

RESULTADOS:

A suscetibilidade ao HIV é aumentada pelas mudanças socioeconômicas do país.

a) Redução da capacidade de resposta do governo:

- Diminuição na verba destinada à área da saúde, resultando na redução do fornecimento de serviços, em quantidade e qualidade.
- Diminuição de subsídios governamentais relacionados à renda.
- Diminuição no orçamento governamental para a área da saúde, impossibilitando o atendimento do incremento das necessidades de serviços sociais.

b) Redução do padrão de vida e aumento do desafio enfrentado pela população em idade produtiva, resultando na intensificação da sua suscetibilidade e vulnerabilidade:

- Diminuição súbita da renda familiar para subsidiar gastos do lar (serviços de utilidade pública - energia elétrica, gás, água, telefone, etc., assistência social e de alimentação); em decorrência, a população torna-se mais suscetível ao adoecimento.
- A diminuição do número de pessoas no setor de emprego formal elevou o índice de desemprego e subemprego, com maior ênfase na população feminina dada a discriminação laboral. Essa situação obrigou algumas mulheres a entrarem no mercado do sexo como meio de sobrevivência.
- O subemprego e desemprego ocasionaram a migração de populações que pode aumentar a prostituição das mulheres, acompanhada da recusa do homem em usar preservativo nas relações sexuais.
- A distribuição desigual dos recursos econômicos gerou dois extremos, um de riqueza e outro de pobreza. Nesse contexto, os homens com boas condições econômicas compram serviços sexuais das mulheres pobres.
- O controle das mulheres sobre a própria sexualidade foi deteriorada. Em relação ao grau de decisão sobre as relações sexuais, uma vez que no ambiente familiar era submetida à humilhação, por depender da renda masculina, ou era sujeita a assédio sexual no trabalho.

d) Ausência da sociedade civil (em termos de falta de habilidade e capacidades para fazer ações efetivas), aumentando a suscetibilidade das mulheres:

- Os cidadãos não tinham certeza dos direitos sociais, sobre o que era “correto” ou “aceitável” nem sabiam como se organizar para atingir seus objetivos. Em decorrência disso, o controle social foi enfraquecido e as famílias exploraram qualquer meio de trabalho para alcançar seus objetivos (econômicos, políticos e culturais).

1) Os resultados têm relação com os elementos de vulnerabilidade à infecção pelo HIV?

Sim (x) Não ()

2) Os resultados estão baseados nos dados coletados?

Sim (x) Não ()

3) O estudo cumpre com os critérios de inclusão?

Sim (x) Não ()

APÊNDICE A

FICHA A

VULNERABILIDADE FEMININA AO HIV: METASSÍNTESE

FICHA PARA SELECIONAR AS PUBLICAÇÕES, SEGUNDO OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Código do relatório: **IP-07**
 Tipo de publicação: Artigo(x) Artigo de revisão() Dissertação() Tese()
 Tese de Livre-Docência ()
 Tipo de estudo: Quantitativo () Qualitativo (x)
 Afiliação do 1º autor (a): NE
 Ano em que o estudo foi desenvolvido: 2001
 Localização geográfica do estudo: Cameroun. África
 Idioma: Inglês
 Características da população:
 - Mulher soropositiva ao HIV(x) - Mulher soronegativa ao HIV (x)
 - Idade média: 26 anos - Grupo etário: 15- 44 anos

OBJETIVO DA PESQUISA:

- Investigar fatores associados com a infecção pelo HIV em uma área de serraria no sul de Cameroun.

RESULTADOS:

A vulnerabilidade das mulheres jovens rurais à infecção pelo HIV pode estar associada ao início do comércio de madeira pelas redes sociais e econômicas que dele se originaram.

Migração: com o início do comércio de madeira, quase 200 trabalhadores, moradores de vilas vizinhas, migraram para a vila da serraria. Aproximadamente 40 trabalhadoras sexuais também migraram e quase 100 se dirigiam à vila de cidades e vilas vizinhas nos dias de pagamento, para a prática do comércio sexual.

- Desigualdade econômica: os trabalhadores migrantes da serraria tinham bom salário, o que os diferenciava dos moradores locais.
- Alta prevalência de HIV em mulheres: as mulheres jovens, não casadas, que estudaram na localidade e de condição econômica insuficiente poderiam ter adquirido o vírus por meio de relações sexuais não protegidas com trabalhadores da serraria, ao trocar relações sexuais por bens ou dinheiro. O que poderia explicar que quase um quarto de mulheres de 25- 34 anos estava infectada.
- Construção de rodovias: as rodovias construídas para facilitar o transporte da madeira favoreceram as viagens (especialmente de homens) de e para cidades e regiões com prevalência mais alta de HIV, o que pode ter contribuído para a disseminação do vírus.

1) Os resultados têm relação com os elementos de vulnerabilidade à infecção pelo HIV? Sim (x) Não ()

2) Os resultados estão baseados nos dados coletados? Sim (x) Não ()

3) O estudo cumpre com os critérios de inclusão? Sim (x) Não ()

APÊNDICE A

FICHA A

VULNERABILIDADE FEMININA AO HIV: METASSÍNTESE

FICHA PARA SELECIONAR AS PUBLICAÇÕES, SEGUNDO OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Código do relatório: **IP-08**
 Tipo de publicação: Artigo(x) Artigo de revisão() Dissertação() Tese()
 Tese de Livre-Docência ()
 Tipo de estudo: Quantitativo (x) Qualitativo ()
 Afiliação do 1º autor (a): Enfermagem
 Ano em que o estudo foi desenvolvido: 1995
 Localização geográfica do estudo: Texas, EEUU.
 Idioma: Inglês
 Características da população:
 - Mulher soropositiva ao HIV() - Mulher soronegativa ao HIV() NE
 - Idade média: 23 anos - Faixa etária: 18- 42 anos

OBJETIVO DA PESQUISA:

- Usar uma estrutura conceitual para descrever fatores que influenciam o risco para DST, incluindo HIV/AIDS, em um grupo de mulheres hispânicas.

RESULTADOS:

As mulheres hispânicas, segundo idade e estado civil, foram vulneráveis às DSTs/HIV/AIDS, devido ao comportamento sexual de risco.

- Quase todas as mulheres perceberam as vantagens do uso do preservativo: as mulheres casadas e solteiras, em sua maioria, estiveram cientes das vantagens do uso do preservativo na prevenção das DSTs.
- As mulheres solteiras apresentaram maior probabilidade de usar o preservativo: Mulheres mais jovens, com maior nível de educação, relataram maior número de parceiros sexuais nos últimos 12 meses e tiveram mais motivação intrínseca para o uso do preservativo e, portanto, maior uso do mesmo, em comparação com as mais velhas. As mulheres mais jovens foram mais expostas ou mais receptivas aos programas de promoção de saúde que enfatizam o uso do preservativo como proteção que as mulheres mais velhas. No entanto, as mulheres mais velhas e casadas ou com parceiro fixo foram mais vulneráveis às DSTs e HIV/AIDS devido à falta de proteção, estando em risco pelo comportamento dos esposos.

1) Os resultados têm relação com os elementos de vulnerabilidade à infecção pelo HIV?

Sim (x) Não ()

2) Os resultados estão baseados nos dados coletados?

Sim (x) Não ()

3) O estudo cumpre com os critérios de inclusão?

Sim (x) Não ()

APÊNDICE A

FICHA A

VULNERABILIDADE FEMININA AO HIV: METASSÍNTESE

FICHA PARA SELECIONAR AS PUBLICAÇÕES, SEGUNDO OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Código do relatório: **IP-09**
 Tipo de publicação: Artigo(x) Artigo de revisão() Dissertação() Tese()
 Tese de Livre-Docência ()
 Tipo de estudo: Quantitativo (x) Qualitativo ()
 Afiliação do 1º autor (a): Economia
 Ano em que o estudo foi desenvolvido: 1998
 Localização geográfica do estudo: África do Sul. África.
 Idioma: Inglês
 Características da população:
 - Mulher soropositiva ao HIV() - Mulher soronegativa ao HIV (x)
 - Idade média: NE - Faixa etária: 15- 49 anos

OBJETIVO DA PESQUISA:

- Explorar a relação entre pobreza, conhecimento sobre HIV/AIDS e comportamento sexual de risco.

RESULTADOS:

- As mulheres pobres tiveram mais probabilidade de não estarem informadas sobre HIV/AIDS ou sobre as vias de transmissão sexual do vírus e tiveram maior comprometimento com o comportamento sexual de risco, em comparação com as mulheres de maior nível econômico. Isto incrementa a vulnerabilidade para HIV da mulher pobre.

1) Os resultados têm relação com os elementos de vulnerabilidade à infecção pelo HIV?

Sim (x) Não ()

2) Os resultados estão baseados nos dados coletados?

Sim (x) Não ()

3) O estudo cumpre com os critérios de inclusão?

Sim (x) Não ()

APÊNDICE A

FICHA A

VULNERABILIDADE FEMININA AO HIV: METASSÍNTESE

FICHA PARA SELECIONAR AS PUBLICAÇÕES, SEGUNDO OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Código do relatório: **IP-10**
 Tipo de publicação: Artigo(x)Artigo de revisão()Dissertação()Tese()
 Tese de Livre-Docência ()
 Tipo de estudo: Quantitativo () Qualitativo (x)
 Afiliação do 1º autor (a): Psicologia
 Ano em que o estudo foi desenvolvido: NE
 Localização geográfica do estudo: Brasil
 Idioma: Português
 Características da população:
 - Mulher soropositiva ao HIV() - Mulher soronegativa ao HIV() NA
 - Idade média: 26 anos - Grupo etário: 15- 44 anos

OBJETIVO DA PESQUISA:

- Analisar a resposta brasileira à epidemia de aids em relação às metas estabelecidas para 2005, no capítulo sobre prevenção da “Declaração de Compromisso sobre HIV e Aids das Nações Unidas” (Plano de Ação e Metas para DST/AIDS de 2003-2004 dos Estados de RS, SP, PR, PE, MS).

RESULTADOS:

Desafios da vulnerabilidade social e programática a serem superados:

Existem descontinuidade e desarticulação das ações, assim como falta de profissionais capacitados para desenvolver as ações de aconselhamento e oferta do teste anti-HIV; educação para sexualidade entre jovens; acesso ao preservativo masculino e feminino; controle das DSTs; prevenção com UDI e, em locais de trabalho. Isso dificulta a renovação necessária para dar conta das novas gerações que amadurecem sucessivamente para a vida sexual e reprodutiva, bem como das inúmeras dimensões subjetivas, culturais e sociais locais que se alteram historicamente e seguem construindo o comportamento de indivíduos e grupos.

- Existiram programas sem equipe de prevenção ou equipe constituída por uma pessoa.
- Observou-se descontinuidade de ações preventivas para povos indígenas, caminhoneiros, assentados, idosos, militares e trabalhadores de indústria e empresas.
- Não foram identificadas atividades voltadas para os conselheiros municipais e de saúde ou de educação, indicando baixa articulação entre gestores nos espaços de formulação, pactuação e controle social das políticas de saúde.
- A falta de recursos humanos é um dos principais motivos indicados pelos programas municipais para a não-realização de ações preventivas com jovens nas escolas de ensino fundamental, ou não possuir quadro técnico preparado para a execução dessas ações.
- Nem sempre o aconselhamento é um momento democrático de discussão personalizada sobre dúvidas, riscos, atitudes e contextos sociais; muitas vezes é prática de saúde ignorada, banalizada ou realizada sem fundamentação teórica nos serviços especializados ou na rede básica.
- Os programas municipais concentraram as ações em distribuição de material educativo para as escolas, palestras, capacitação de professores, oficinas de prevenção (os mesmos tipos de ações encontrados em 1999).
- Identificou-se desarticulação entre o processo de produção das informações referentes ao monitoramento e avaliação das ações programáticas no âmbito estadual e na tomada de decisão na condução da política estadual de DST/AIDS. *Isto pode dificultar maior assertividade e*

efetividade dos processos de negociação política nos municípios e conselhos de saúde, nos fóruns interinstitucionais com setores externos à área da saúde, e nas ONGs.

Não se tem informação sobre os processos que permitem observar e analisar a qualidade das ações governamentais da prevenção, nem interpretar as mudanças no plano individual e coletivo.

- Os dados disponíveis sobre a situação das DSTs no país não permitem o conhecimento da porcentagem de pacientes diagnosticados e tratados adequadamente nos serviços de saúde. Não há informação sobre o número de municípios, serviços e profissionais capacitados para a abordagem síndrômica e etiológica em DST.
- As informações disponíveis sobre as atividades de prevenção são insuficientes, e as tomadas de decisão pelos gestores, nas diferentes esferas governamentais, são por vezes contraditórias, tornando precário o monitoramento das ações.
- Não há trabalhos junto a populações migrantes e itinerantes, nem de ações desenvolvidas no setor privado (educação, saúde, e empresas não organizadas no Conselho Empresarial), assim como, nem iniciativas para regulação e monitoramento deste setor.

A prevenção não é prioridade nas instâncias públicas de controle social nem dos movimentos sociais:

- Observou-se que **inicialmente** se organiza a **assistência** e **depois a prevenção**.
- **Existe pouco ativismo pelo “direito à prevenção”**: O direito à prevenção ainda está pouco pautado nas agendas dos movimentos sociais e nas instâncias colegiadas de controle social (mobilização pelo acesso aos insumos de prevenção, como preservativos e seringas; acesso à informação, à educação ou ao aconselhamento de qualidade; acesso ao tratamento de qualidade das DSTs, da saúde sexual e reprodutiva, ou à prevenção da saúde sexual e reprodutiva).
- A disponibilidade de preservativos nas escolas ainda é baixa.
- Pela incorporação do teste anti-HIV na rotina do pré-natal aumentou o teste anti-HIV nas mulheres, mas as mulheres não gestantes provavelmente não se têm beneficiado dessa política.

1) Os resultados têm relação com os elementos de vulnerabilidade à infecção pelo HIV?

Sim (x) Não ()

2) Os resultados estão baseados nos dados coletados?

Sim (x) Não ()

3) O estudo cumpre com os critérios de inclusão?

Sim (x) Não ()

APÊNDICE A

FICHA A

VULNERABILIDADE FEMININA AO HIV: METASSÍNTESE

FICHA PARA SELECIONAR AS PUBLICAÇÕES, SEGUNDO OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Código do relatório: **IP-11**
 Tipo de publicação: Artigo(x) Artigo de revisão() Dissertação() Tese()
 Tese de Livre-Docência ()
 Tipo de estudo: Quantitativo () Qualitativo (x)
 Afiliação do 1º autor (a): Economia
 Ano em que o estudo foi desenvolvido: 2003
 Localização geográfica do estudo: Maláui. África.
 Idioma: Inglês
 Características da população:
 - Mulher soropositiva ao HIV() - Mulher soronegativa ao HIV() NE
 - Idade média: NE - Faixa etária: 20-34 anos

OBJETIVO DA PESQUISA:

- Examinar criticamente o contexto de HIV/AIDS baseado em gênero, em Maláui.

RESULTADOS:

Embora exista o conhecimento adequado sobre aids, as mulheres foram incapazes de se proteger pelo contexto socioeconômico e cultural, o que gerou iniquidades de gênero e restringiu as opções que poderiam viabilizar a proteção, incrementando a vulnerabilidade para HIV, assim como uma rápida propagação de HIV/AIDS entre as mulheres.

a) Circunstâncias econômicas

- A maioria delas nunca estudou, e por tal não eram habilitadas para os trabalhos.
- Os salários são menores que os dos homens, e a maioria das mulheres não tem emprego.
- Situação que obrigou algumas mulheres a ter encontros sexuais por sobrevivência, prática comum encontrada entre as mulheres do estudo, como meio para complementar os ingressos escassos, visando a alimentar os filhos. Essas ações são desenvolvidas sem ou com consentimento dos esposos.

b) As circunstâncias culturais e sociais

- As mulheres são obrigadas, pelo contexto cultural, a não deixar ou se divorciar dos esposos, embora quando o esposo não ofereça apoio econômico, não seja fiel ou tenha aids.
- Embora haja freqüente agressão pelo esposo, as mulheres talvez decidam deixar o esposo apenas quando o homem é extremadamente violento, pelo temor de perder a vida.
- As mulheres desejavam conversar sobre a transmissão do vírus com os esposos, mas se sentiam constrangidas pela posição inferior feminina na sociedade, se submetido às ordens dos esposos, sentindo que nada poderiam fazer para evitar a transmissão.
- Quase todas as mulheres estiveram preocupadas com a transmissão do HIV. As mulheres fiéis e infiéis citaram que poderiam ser infectadas pelos esposos, por que elas estão cientes de que eles têm relacionamento sexual com outras mulheres, no entanto, elas se sentem desamparadas e à disposição dos esposos.
- As mulheres tiveram falta de liberdade para sair da casa, ir ao mercado ou centro de saúde local, sem consentimento do esposo, podendo ser acusadas de infidelidade.
- A maioria das mulheres não usou preservativo nas relações sexuais com os esposos, sentindo que pode fazer muito pouco para aumentar o uso do preservativo.

1) Os resultados têm relação com os elementos de vulnerabilidade à infecção pelo HIV?

Sim (x) Não ()

2) Os resultados estão baseados nos dados coletados?

Sim (x) Não ()

3) O estudo cumpre com os critérios de inclusão?

Sim (x) Não ()

APÊNDICE A

FICHA A

VULNERABILIDADE FEMININA AO HIV: METASSÍNTESE

FICHA PARA SELECIONAR AS PUBLICAÇÕES, SEGUNDO OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Código do relatório: **IP-12**
 Tipo de publicação: Artigo(x) Artigo de revisão() Dissertação() Tese()
 Tese de Livre-Docência ()
 Tipo de estudo: Quantitativo () Qualitativo (x)
 Afiliação do 1º autor (a): NE
 Ano em que o estudo foi desenvolvido: 1999
 Localização geográfica do estudo: Johannesburgo. África do Sul.
 Idioma: Inglês
 Características da população:
 - Mulher soropositiva ao HIV() - Mulher soronegativa ao HIV() NE
 - Idade média: NE - Faixa etária: 13-25 anos

OBJETIVO DA PESQUISA:

- Incrementar o entendimento sobre as influências, na sexualidade do adolescente, que afetam os interesses de prevenção de HIV no sul da África, com ênfase nos fatores que impedem o uso do preservativo.

RESULTADOS:

Os resultados esboçam uma ampla extensão de influências, no comportamento sexual, que incluem fatores como normas sociais e pressão, atitude dos adultos negativa e não aprovativa à sexualidade dos jovens, restrita habilidade para usar preservativo e temas sociais mais amplos relacionados com a construção social de gênero e limites econômicos dos adolescentes.

- Apesar da relativa boa disponibilidade dos preservativos, as mulheres afirmaram que tiveram sexo não protegido porque não tiveram acesso gratuito aos mesmos. Esse acesso foi dificultado pela atitude negativa do grupo de enfermeiras, nas clínicas locais, que desagradou às jovens, impedido o acesso a essa fonte gratuita de preservativos que se encontra disponível “livremente” nas salas das clínicas.
- O acesso aos preservativos também foi dificultado pelas normas sociais que impedem a liberdade de carregar o preservativo, uma vez que as mulheres referem que a pressão social faz recusar carregar preservativo. Dado que carregar preservativo prejudica a reputação da mulher jovem, a qual pode estar sujeita a comentários desagradáveis de outros adolescentes ou adultos. Comentários baseados na norma social que relaciona a mulher que carrega preservativo com promiscuidade ou trabalho sexual, ou simplesmente a comunidade falar que elas gostam do sexo por que carregam preservativo nas bolsas.
- Os adultos são vistos na comunidade como mau exemplo para os jovens, uma vez que expõem mensagens contraditórias sobre sexo, pois por um lado os adultos não condenam o uso dos preservativos, mas preferem encorajar a abstinência por meio de punição e fofoca. Por outro lado, muitos adultos, depois de ter bebido sem controle, têm sexo relativamente público, o que age como um incentivo à geração mais nova.
- A noção de masculinidade que inclui os ideais de sexo “pele com pele” com as parceiras impede que a mulher proteja adequadamente sua saúde.
- As mulheres admitiram que se decidissem ter sexo protegido poderiam ser chamadas de “chatas (*boring*)”, sentindo que são forçadas pelas normas sociais a ter sexo não protegido.
- As mulheres indicam que o uso limitado de preservativo foi contra os próprios desejos, na maioria das vezes, atribuído às visões negativas dos parceiros, coerção ou violência, que as inabilitou para negociar o uso do preservativo ou recusar sexo não protegido.

- As mulheres indicaram que a maior parte dos homens procura relacionamentos para satisfazer as necessidades sexuais, e que as mulheres ficam impotentes para propor relacionamentos em outros termos.
- As mulheres relataram que a violência e coerção são frequentes em parcerias sexuais não desejadas.
- As mulheres tiveram a noção de que o preservativo é geralmente não necessário em relacionamentos estáveis, apenas necessário nos relacionamentos não estáveis. Indicando que a confiança nos relacionamentos estáveis minimiza o uso do preservativo.

1) Os resultados têm relação com os elementos de vulnerabilidade à infecção pelo HIV?

Sim (x) Não ()

2) Os resultados estão baseados nos dados coletados?

Sim (x) Não ()

3) O estudo cumpre com os critérios de inclusão?

Sim (x) Não ()

APÊNDICE A

FICHA A

VULNERABILIDADE FEMININA AO HIV: METASSÍNTESE

FICHA PARA SELECIONAR AS PUBLICAÇÕES, SEGUNDO OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Código do relatório: **IP-13**
 Tipo de publicação: Artigo(x) Artigo de revisão() Dissertação() Tese()
 Tese de Livre-Docência ()
 Tipo de estudo: Quantitativo () Qualitativo (x)
 Afiliação do 1º autor (a): NE
 Ano em que o estudo foi desenvolvido: NE
 Localização geográfica do estudo: Papua, Nova Guiné
 Idioma: Inglês
 Características da população:
 - Mulher soropositiva ao HIV() - Mulher soronegativa ao HIV() NA
 - Idade média: NA - Faixa etária: NA

OBJETIVO DA PESQUISA:

- Examinar a vulnerabilidade da juventude em Papua, Nova Guiné, de modo que essa realidade possa ser tomada em conta no desenho e implementação das estratégias de prevenção desta população (comunidades indígenas).

RESULTADOS:

A vulnerabilidade social para HIV

A vulnerabilidade social é afetada pela forma como a sociedade está organizada em termos de idade, educação, relações de gênero, parentesco, matrimônio, apoio da família, meios de vida, saúde e apoio legislativo e político e o impacto das mudanças sociais.

Fatores socioculturais

- Quando os rituais da primeira menarca são praticados, as adolescentes assumem novas responsabilidades e freqüentemente não voltam à escola (em algumas comunidades as meninas se comprometem com o casamento aos nove ou dez anos de idade, deixam a escola apenas com educação primária- 6 anos).
- Existe um favorecimento contra a educação das meninas, tanto em termos de acesso e finalização do mesmo.
- As adolescentes não têm uma educação adequada para prepará-las para um emprego lucrativo ou oferecer-lhes adequadas habilidades para a vida e participar do desenvolvimento da comunidade, tornando-se economicamente dependente dos homens.

Relações de gênero e posição social da mulher

- Os relacionamentos nas comunidades tradicionais são caracterizados pelo domínio masculino e controle sobre a mulher. Reforçado pelo sistema social através da descendência patriarcal, residência matriarcal e afastamento residencial, onde o homem adulto mora em casas separadas das mulheres adultas e crianças. Assim como o pagamento oferecido pela noiva, uma vez que é visto como um meio pelo qual o esposo tem total direito sobre a capacidade reprodutiva e de trabalho.
- A violência física é freqüente para manter a submissão da mulher, assim como, incesto, rapto, sexo sem consentimento, incluindo sexo forçado no matrimônio, são muito difundidos e sem resistência pela forte cultura e normas sociais.
- A violência é maior nas mulheres que trabalham, uma vez que os homens sentem ameaça pela independência econômica da mulher.

- Existiram diferentes costumes, segundo os grupos. Em alguns, particularmente nos grupos matrilineares, a mulher exerce considerável poder na tomada de decisões, mas não são exercidas publicamente, em relação à posição política dos homens. Em outros, existe uma cultura de intercâmbio de relacionamentos que é fortalecida pelos homens, assim como, poligamia, particularmente em algumas regiões das montanhas, que ajuda a aumentar a posição social e o poder de líder, por meio da capacidade produtiva das múltiplas esposas.
- Quando os membros da comunidade migram para cidades urbanas ou quando os costumes da comunidade são influenciados pela necessidade do dinheiro em efetivo, o pagamento oferecido pelo noivo, que estava baseado em bens torna-se uma transação comercial. Por isto, é costume pressionar a mulher para que a primeira experiência sexual da mulher seja oferecida por dinheiro.

Estrutura econômica e desigualdade de salários

- Os baixos ingressos econômicos obrigam a migração das famílias para as cidades, onde o desemprego é maior, e as oportunidades para que os membros da comunidade obtenham um emprego são menores, pelas desigualdades nos níveis de educação, uma vez que a maioria apenas tem 6 anos de educação ou nenhuma educação. Em decorrência disso, quando os homens não conseguiam o dinheiro suficiente para manter os gastos familiares e baseados na cultura de vender as mulheres aos homens (vinda da cultura de pagamento pela noiva), eles obrigavam as adolescentes, mulheres solteiras, viúvas ou mulheres casadas a vender sexo. Sendo os mesmos, irmãos, esposos, pais ou outros homens da família, os que procuraram os homens dispostos a pagar. Dinheiro que serve para satisfazer necessidades básicas como comida e roupa.

1) Os resultados têm relação com os elementos de vulnerabilidade à infecção pelo HIV?

Sim (x) Não ()

2) Os resultados estão baseados nos dados coletados?

Sim (x) Não ()

3) O estudo cumpre com os critérios de inclusão?

Sim (x) Não ()

APÊNDICE A

FICHA A

VULNERABILIDADE FEMININA AO HIV: METASSÍNTESE

FICHA PARA SELECIONAR AS PUBLICAÇÕES, SEGUNDO OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Código do relatório: **IP-14**
 Tipo de publicação: Artigo(x) Artigo de revisão() Dissertação() Tese()
 Tese de Livre-Docência ()
 Tipo de estudo: Quantitativo () Qualitativo (x)
 Afiliação do 1º autor (a): NE
 Ano em que o estudo foi desenvolvido: NE
 Localização geográfica do estudo: Países em desenvolvimento
 Idioma: Inglês
 Características da população:
 - Mulher soropositiva ao HIV () - Mulher soronegativa ao HIV () NA
 - Idade média: NA - Faixa etária: NA

OBJETIVO DA PESQUISA:

- Discutir a prevenção da transmissão heterossexual, nos países em desenvolvimento.

RESULTADOS:

Campanhas de conscientização das pessoas

A maioria dos países, que tem implementado campanhas de conscientização das pessoas e intervenções, combinadas com serviços de apoio para grupos específicos, com a finalidade de prevenir a transmissão heterossexual do HIV/DST, não tem seguido um rigoroso planejamento ou avaliação a nível nacional, nem pesquisado o porquê, como e com que objetivos específicos seriam desenvolvidos, por tal:

- Não têm demonstrado mudanças substanciais de comportamento e não têm sido efetivas na prevenção da propagação geral do HIV/DTS, nos países em desenvolvimento.

Intervenções pontuais

As intervenções centradas em “redução do número de parceiros, promoção do uso do preservativo, centradas em populações em risco, têm demonstrado ser eficientes para profissionais do sexo, mas:

- Têm sido inadequadas em prevenir a transmissão em populações mais vulneráveis à infecção, como as mulheres monogâmicas que não são consideradas grupos de risco, mas que precisam de prevenção.
- São irrelevantes para as mulheres que não têm liberdade de controlar quando e com quem podem ter relações sexuais, como as mulheres que não têm meios para negociar sexo seguro por estarem sujeitas à violência doméstica ou ao abuso sexual. Ou as mulheres casadas, viúvas, solteiras, divorciadas ou abandonadas que são economicamente impotentes para satisfazer as próprias necessidades básicas e obrigadas a vender sexo por sobrevivência para elas e os filhos.
- São inadequadas para adolescentes e pessoas jovens que moram em um contexto econômico e socialmente desfavorecido ou em famílias desestruturadas que vendem sexo por sobrevivência. Sem uma estrutura de apoio e acesso aos serviços de saúde, embora quando saibam as medidas de prevenção, eles adotarão condutas de risco, uma vez que não estão em posição para regular seu comportamento.
- **São ineficazes** quando a **mulher não pode controlar o uso do preservativo**, uma vez que não podem discutir livremente de sexo e temem ser chamadas de promíscuas.
- **São ineficazes** quando a **mulher socialmente está pressionada para** comprometer-se em relacionamentos sexuais sem proteção, **devido à importância da fertilidade e ter filhos** para a estabilidade da união familiar, social e econômica que supostamente esse traz.

As estratégias que têm sido efetivamente provadas, para certos grupos em risco, não reúnem as condições necessárias para os grupos mais vulneráveis à infecção: mulheres, jovens, grupos migrantes de um gênero, e outros segmentos marginalizados da população que vivem sob privação econômica e social.

1) Os resultados têm relação com os elementos de vulnerabilidade à infecção pelo HIV?

Sim (x) Não ()

2) Os resultados estão baseados nos dados coletados?

Sim (x) Não ()

3) O estudo cumpre com os critérios de inclusão?

Sim (x) Não ()

APÊNDICE A

FICHA A

VULNERABILIDADE FEMININA AO HIV: METASSÍNTESE

FICHA PARA SELECIONAR AS PUBLICAÇÕES, SEGUNDO OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Código do relatório: **IP-15**
 Tipo de publicação: Artigo(x) Artigo de revisão() Dissertação() Tese()
 Tese de Livre-Docência ()
 Tipo de estudo: Quantitativo () Qualitativo (x)
 Afiliação do 1º autor (a): Sociologia
 Ano em que o estudo foi desenvolvido: NE
 Localização geográfica do estudo: Bloemfontein. África do Sul
 Idioma: Inglês
 Características da população:
 - Mulher soropositiva ao HIV(x) - Mulher soronegativa ao HIV()
 - Idade média: NE - Faixa etária: 19- 46 anos

OBJETIVO DA PESQUISA:

- Explorar as dinâmicas fundamentais que tornam as mulheres vulneráveis para HIV.

RESULTADOS:

A cultura ideal de fidelidade *versus* a cultura real da infidelidade foi importante, quando se considerou o uso do preservativo.

O uso do preservativo está em contraponto à cultura ideal de fidelidade. É admitir que a expectativa de cultura ideal haja sido violada.

As mulheres não usaram preservativo porque elas confiaram no parceiro:

- Muitas mulheres soropositivas afirmaram que confiaram nos esposos e por isso não usaram preservativo.
- Em alguns casos os homens costumavam questionar a confiança para convencer as esposas a não usar preservativo.
- A infidelidade aconteceu particularmente quando o homem trabalhava fora da cidade.
- As mulheres esqueciam a infidelidade do parceiro, aceitando-o de volta para casa.

1) Os resultados têm relação com os elementos de vulnerabilidade à infecção pelo HIV?

Sim (x) Não ()

2) Os resultados estão baseados nos dados coletados?

Sim (x) Não ()

3) O estudo cumpre com os critérios de inclusão?

Sim (x) Não ()

APÊNDICE A

FICHA A

VULNERABILIDADE FEMININA AO HIV: METASSÍNTESE

FICHA PARA SELECIONAR AS PUBLICAÇÕES, SEGUNDO OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Código do relatório: **IP-16**
 Tipo de publicação: Artigo(x) Artigo de revisão() Dissertação() Tese()
 Tese de Livre-Docência ()
 Tipo de estudo: Quantitativo () Qualitativo (x)
 Afiliação do 1º autor (a): NE
 Ano em que o estudo foi desenvolvido: NE
 Localização geográfica do estudo: Hong Kong, China
 Idioma: Inglês
 Características da população:
 - Mulher soropositiva ao HIV() - Mulher soronegativa ao HIV() NE
 - Idade média: NE - Faixa etária: 25- 44 anos

OBJETIVO DA PESQUISA:

- Identificar se as iniquidades de gênero e outras iniquidades são encontradas em: acesso a serviços de saúde, acesso à informação e conhecimento dos cuidados de saúde, comunicação relacionada à saúde e necessidades de educação, conhecimentos e consciência relacionada à aids e utilização de serviços, em Hong Kong.

RESULTADOS:

A vulnerabilidade das mulheres trabalhadoras migrantes para HIV/AIDS é principalmente devido à falta de conhecimento e acesso à informação, abuso sexual, violência, discriminação na sociedade e nos estabelecimentos de saúde.

- O conhecimento geral relacionado ao HIV, das mulheres trabalhadoras migrantes, foi inadequado.
- O tempo de permanência em Hong Kong aparentemente não tem tido impacto no conhecimento das mulheres trabalhadoras migrantes, sobre a disponibilidade de informação relacionada à aids e aos recursos de educação (não sabiam onde conseguir informação relacionada à aids e poucos estiveram informados da disponibilidade dos serviços de apoio relacionados à aids).
- A maioria das mulheres trabalhadoras migrantes desconhecia onde ter acesso ao aconselhamento sobre aids, no entanto elas conheciam onde podiam realizar o teste anti-HIV (talvez porque elas foram testadas para o emprego, ou porque assumiam que os mesmos eram oferecidos nos hospitais do setor público).
- A metade das mulheres trabalhadoras migrantes afirmara que seriam capazes de negociar o uso do preservativo com o parceiro, no entanto, poucas usaram preservativo na última relação sexual. Indicando que a intenção do uso do preservativo não necessariamente se traduz em comportamento/prática entre as mulheres trabalhadoras migrantes.
- Poucas mulheres trabalhadoras migrantes se perceberam vulneráveis ou em risco da infecção pelo HIV, salvo as que experimentaram violência sexual.

1) Os resultados têm relação com os elementos de vulnerabilidade à infecção pelo HIV?

Sim (x) Não ()

2) Os resultados estão baseados nos dados coletados?

Sim (x) Não ()

3) O estudo cumpre com os critérios de inclusão?

Sim (x) Não ()

APÊNDICE A

FICHA A

VULNERABILIDADE FEMININA AO HIV: METASSÍNTESE

FICHA PARA SELECIONAR AS PUBLICAÇÕES, SEGUNDO OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Código do relatório: **IP-17**
 Tipo de publicação: Artigo(x) Artigo de revisão() Dissertação() Tese()
 Tese de Livre-Docência ()
 Tipo de estudo: Quantitativo () Qualitativo (x)
 Afiliação do 1º autor (a): Microbiologia
 Ano em que o estudo foi desenvolvido: 1980-2002
 Localização geográfica do estudo: Região Subsaariana da África
 Idioma: Inglês
 Características da população:
 - Mulher soropositiva ao HIV() - Mulher soronegativa ao HIV() NA
 - Idade média: NA - Faixa etária: NA

OBJETIVO DA PESQUISA:

- Descrever o contexto socioeconômico e cultural no qual o vírus continua se propagando.

RESULTADOS:

Os padrões de comportamento sexual que incrementam a vulnerabilidade para o HIV são determinados pelos contextos culturais e socioeconômicos:

- Muitas sociedades africanas determinam que a mulher não tenha controle sobre a própria vida sexual ou da vida sexual dos esposos fora do matrimônio.
- A maioria das culturas regulamenta que a mulher deve ter muito pouca experiência sexual antes do casamento e ser monógama posteriormente. No entanto, o sexo pré-marital e o extramarital do homem são tolerados ou ainda esperados.
- O preço pago pelo noivo à família da noiva, em sinal de compensação, perpetua a idéia de que a mulher é propriedade do esposo. Essa cultura gera falta de controle nos relacionamentos sexuais da mulher, particularmente a mulher casada, altamente vulnerável à infecção pelo HIV.
- As esposas não são permitidas de recusar sexo dos esposos, ou usar preservativo, ainda se o esposo for soropositivo.
- A posição subordinada da mulher também tem implicado na educação para sexo seguro, uma vez que culturalmente se espera que a mulher não tenha conhecimento relacionado a sexo.
- As mulheres enfrentam restrições tais como leis discriminatórias, tradições e valores, quando elas tentam acessar a educação, conhecimento, terras, capital financeiro e emprego, resultando numa dependência financeira no parceiro, que dificulta negociar sexo seguro. O intercâmbio de sexo por dinheiro das mulheres solteiras, viúvas ou separadas é uma estratégia de sobrevivência e aquisição de bens.
- A crise econômica gerou ajustes estruturais dos programas que impuseram corte dos gastos não produtivos, incluindo gastos em serviços sociais, como educação e saúde. O declínio de educação, saúde e outros serviços sociais implicam perda de oportunidades para prevenir a transmissão do HIV/DST, assim como deficientes serviços de saúde reprodutiva.
- A privatização de empresas públicas gerou maior desemprego e perda de trabalho no setor público. Os ainda empregados experimentaram a diminuição do poder aquisitivo.
- A migração para cidades maiores com normas sociais mais liberais que as rurais aumentam a probabilidade de mulheres solteiras ou casadas que migraram sem os esposos, por períodos compridos, a se comprometerem em comportamento sexual de alto risco, como meio de sobrevivência ou obtenção de bens, uma vez que freqüentemente ganham baixo salário.

O empobrecimento da população africana e as muitas guerras e conflitos neste continente constituem uma terra fértil para a propagação do HIV.

- A guerra e enfrentamentos civis conduzem a uma rápida propagação do HIV, uma vez que as pessoas são sujeitas a violações dos direitos humanos, incluindo abuso sexual. Ainda, esses enfrentamentos deixam as populações em extrema pobreza, o que talvez obrigue as mulheres a usar o sexo como meio de sobrevivência. Esses problemas de guerra e enfrentamento civis geram deslocação massiva das populações, com interrupção dos relacionamentos e coesão social, promiscuidade e comércio sexual.

1) Os resultados têm relação com os elementos de vulnerabilidade à infecção pelo HIV?

Sim (x) Não ()

2) Os resultados estão baseados nos dados coletados?

Sim (x) Não ()

3) O estudo cumpre com os critérios de inclusão?

Sim (x) Não ()

APÊNDICE A

FICHA A

VULNERABILIDADE FEMININA AO HIV: METASSÍNTESE

FICHA PARA SELECIONAR AS PUBLICAÇÕES, SEGUNDO OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Código do relatório: **IP-18**
 Tipo de publicação: Artigo(x) Artigo de revisão() Dissertação() Tese()
 Tese de Livre-Docência ()
 Tipo de estudo: Quantitativo () Qualitativo (x)
 Afiliação do 1º autor (a): Sociomedicina
 Ano em que o estudo foi desenvolvido: 2002
 Localização geográfica do estudo: África do Sul.
 Idioma: Inglês
 Características da população:
 - Mulher soropositiva ao HIV(x) - Mulher soronegativa ao HIV(x)
 - Idade média: NE - Faixa etária: 18- 53 anos

OBJETIVO DA PESQUISA:

- Entender a experiência da própria mulher que experimentou abuso, no intuito de implementar estratégias de redução de risco de HIV, no contexto do abuso.

RESULTADOS:

Vulnerabilidade feminina para o HIV

a) Violência no relacionamento

- As mulheres experimentaram inúmeras formas de abuso, incluindo sexual, psicológico e financeiro (o parceiro gasta o dinheiro da mulher em licor sem o consentimento ou controle dos ingressos das mulheres pelos esposos).
- A violência e as ameaças que experimentaram as mulheres limitaram a maioria delas a empregar técnicas-chave de redução de risco como abstinência sexual, limitar o número de parceiros sexuais e uso de preservativo.
- Muitas das mulheres que intentaram negociar sexo seguro, não só não foi efetivo, mas também, foram violentadas e abusadas, dirigindo a uma relação recíproca entre risco para abuso sexual e transmissão do HIV, uma vez que os parceiros tinham simultâneas parceiras.
- A dependência financeira e controle dos parceiros impediram a mulher de evitar relacionamentos de risco e serviram de incentivo aos parceiros, que direta ou indiretamente relacionaram a submissão sexual a recompensas econômicas.
- No contexto de violência, discutir sobre infidelidade, uso do preservativo, DST/HIV (alguns parceiros não acreditaram na existência do HIV, ainda quando ela ou ele estiveram infetados), foi na maioria das vezes negada e ocasionalmente construtiva.

b) Contexto social

- As normas sociais fortaleceram o poder masculino no relacionamento, uma vez que o abuso físico, emocional e financeiro do homem à mulher é aceitável, exacerbando a vulnerabilidade da mulher para o HIV e impedindo que a mulher saia ou melhore essa situação de abuso.
- A violência doméstica foi tratada como um tabu, por estar estreitamente relacionada a uma “cultura do silêncio”, que limita compartilhar problemas pessoais com outros. Ou por crenças sociais referentes a agüentar um relacionamento infeliz e “sofrer em silêncio” que é incentivado desde a infância na comunidade africana, quando são aconselhadas a “ter paciência” ou “perseverar” quando as coisas são adversas.
- A família algumas vezes toma parte dos problemas familiares, atacando a mulher e culpando-a dos problemas familiares incluindo a infidelidade, perpetuando as normas sociais que tornam o abuso aceitável.

- Algumas mulheres afirmaram que a promiscuidade masculina foi inata e que o homem sentiu que é um direito.

c) Dependência financeira

- As mulheres expressaram que frequentemente foram forçadas a suportar violência, sexo forçado, infidelidade masculina, devido à dependência financeira nos homens, reconhecendo que estiveram em risco de transmissão do HIV.
- Algumas mulheres sentiram que a dependência econômica no homem e as limitadas oportunidades financeiras as pressionaram para comprometer-se em “sexo por sobrevivência” (intercâmbio de sexo por dinheiro ou comida).

d) Percepção de risco:

- Algumas mulheres reconheceram as conexões entre violência, infidelidade do parceiro e risco de HIV, embora identificassem que o preservativo não é necessário em um relacionamento em andamento.

1) Os resultados têm relação com os elementos de vulnerabilidade à infecção pelo HIV?

Sim (x) Não ()

2) Os resultados estão baseados nos dados coletados?

Sim (x) Não ()

3) O estudo cumpre com os critérios de inclusão?

Sim (x) Não ()

APÊNDICE A

FICHA A

VULNERABILIDADE FEMININA AO HIV: METASSÍNTESE

FICHA PARA SELECIONAR AS PUBLICAÇÕES, SEGUNDO OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Código do relatório: **IP-19**
 Tipo de publicação: Artigo(x) Artigo de revisão() Dissertação() Tese()
 Tese de Livre-Docência ()
 Tipo de estudo: Quantitativo () Qualitativo (x)
 Afiliação do 1º autor (a): Medicina comunitária e da família
 Ano em que o estudo foi desenvolvido: 1993
 Locação geográfica do estudo: Maryland. EEUU.
 Idioma: Inglês
 Características da população:
 - Mulher soropositiva ao HIV () - Mulher soronegativa ao HIV(x)
 - Idade média: NE - Faixa etária: 15-44 anos

OBJETIVO DA PESQUISA:

- Explorar como aspectos específicos do relacionamento sexual, assim como outros fatores, afetam o uso do preservativo, associados com o estágio* do uso do preservativo.

RESULTADOS:

- A maioria das mulheres reportou não ter intenções de usar o preservativo com o parceiro sexual estável, em nenhum momento no futuro.
- As que tiveram múltiplos parceiros reportaram usar preservativo de forma mais freqüente, com os parceiros casuais que com o estável.
- As mulheres mais jovens tiveram mais probabilidade de estar no estágio de ação, no entanto, as mais velhas tiveram mais probabilidades de estarem em estágios pré-contemplativos.
- As mulheres que perceberam importante reação negativa do parceiro tiveram mais probabilidade de não usar preservativo.
- A maioria das mulheres (73%) teve mais baixa auto-eficácia[§] que os homens.
- Percepção do risco do parceiro[‡] foi mais freqüentemente associado com o estágio pré-contemplativo que com o contemplativo ou estágio de manutenção entre as mulheres.
- Positiva percepção sobre as normas sociais do uso do preservativo foi mais provável estar associado com o estágio de manutenção.
- A esterilidade[‡] esteve relacionada com o estágio pré-contemplativo ou estágio menos avançado de uso do preservativo.
- A convivência com o parceiro esteve associada com o estágio pré-contemplativo.
- Maior tempo no relacionamento esteve relacionado com o estágio pré-contemplativo.

**pré-contemplação* (não tem intenção de mudanças de comportamento. Indivíduos neste estágio ou são inconscientes ou não valoram os problemas de saúde); *contemplação* (as pessoas chegam a ser conscientes do problema e têm intenção de mudar seu comportamento. Neste estágio as pessoas sopesam os aspectos positivos e negativos do problema); *ação* (indivíduos neste estágio tentam a modificar seu comportamento, experiências ou meios para superar o problema) e *manutenção* (os indivíduos trabalham para prevenir reincidências e consolidar os benefícios atingidos durante a ação. Este estágio começa aproximadamente 6 meses depois da ação inicial). A percepção da vulnerabilidade pessoal será mais relevante nos estágios de contemplação e manutenção.

[§] refere-se à certeza de poder usar preservativo quando a mulher considere pertinente, acreditar que seria fácil falar com o parceiro estável sobre o uso do preservativo e acreditar que seria fácil lograr que o parceiro estável use o preservativo.

[‡] acreditar que o parceiro sexual estável: teve relacionamento sexual com outra pessoa, tem aids, tem tido intercâmbio de sexo por dinheiro ou drogas, tem sido ou é UDI e tiveram numerosas ou múltiplas parceiras sexuais.

[‡] laqueadura de trompas, esterilização e histerectomia.

1) Os resultados têm relação com os elementos de vulnerabilidade à infecção pelo HIV?

Sim (x) Não ()

2) Os resultados estão baseados nos dados coletados?

Sim (x) Não ()

3) O estudo cumpre com os critérios de inclusão?

Sim (x) Não ()

APÊNDICE A

FICHA A

VULNERABILIDADE FEMININA AO HIV: METASSÍNTESE

FICHA PARA SELECIONAR AS PUBLICAÇÕES, SEGUNDO OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Código do relatório: **IP-20**
 Tipo de publicação: Artigo(x) Artigo de revisão() Dissertação() Tese()
 Tese de Livre-Docência ()
 Tipo de estudo: Quantitativo () Qualitativo ()
 Afiliação do 1º autor (a): Sociologia
 Ano em que o estudo foi desenvolvido: 2004- 2005
 Localização geográfica do estudo: Windsor. Canadá
 Idioma: Inglês
 Características da população:
 - Mulher soropositiva ao HIV() - Mulher soronegativa ao HIV() NE
 - Idade média: 20 anos - Faixa etária: NE

OBJETIVO DA PESQUISA:

- Examinar as experiências sexuais de jovens, homens e mulheres, de descendência africana, moradores no sudoeste de Ontário, Canadá.

RESULTADOS:

As normas tradicionais e valores sociais africanos herdados, que fortalecem as iniquidades de gênero, incrementaram a vulnerabilidade às DSTs/HIV das mulheres jovens africanas, que vivem no Canadá:

- A múltipla parceria dos homens foi amplamente aceita e reconhecida pelas mulheres como uma agravante da sua vulnerabilidade para as DSTs/HIV. Mas, apesar da ampla consciência da múltipla parceria masculina, as mulheres continuaram tendo relações sexuais sem proteção, dado que afirmaram que a cultura africana intimida ou proíbe a mulher de negociar sexo ou discutir problemas sexuais com seus parceiros.
- O poder de controle exercido pelos homens no relacionamento influenciou na negociação de sexo seguro. As mulheres que desafiavam o domínio masculino exercido nas relações sexuais, freqüentemente, são chamadas de “transmissoras de HIV”, ou foram conhecidas como “caprichosas” ou “promíscuas”.
- As mulheres relataram se sentirem menos vulneráveis ao HIV no Canadá, ao acreditar que o serviço de migração canadense outorga o visto apenas aos migrantes que não têm problemas de saúde.
- As mulheres acreditaram que a educação sexual nas escolas canadenses torna as pessoas mais conscientes sobre DST/HIV/AIDS, diferentemente de muitos países africanos onde educação sexual nas escolas não é promovida.
- O acesso universal a cuidados de saúde, como tratamento às DSTs, foi relacionado com menor risco de contrair HIV.

Os resultados evidenciam que as mulheres africanas, embora residentes em uma sociedade moderna desenvolvida, têm influência de seus valores culturais patriarcais, normas e crenças que subordinam a mulher, as tornam impotentes para se proteger da infecção pelo HIV.

1) Os resultados têm relação com os elementos de vulnerabilidade à infecção pelo HIV?

Sim (x) Não ()

2) Os resultados estão baseados nos dados coletados?

Sim (x) Não ()

3) O estudo cumpre com os critérios de inclusão?

Sim (x) Não ()

APÊNDICE A

FICHA A

VULNERABILIDADE FEMININA AO HIV: METASSÍNTESE

FICHA PARA SELECIONAR AS PUBLICAÇÕES, SEGUNDO OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Código do relatório: **IP- 21**
 Tipo de publicação: Artigo (x) Artigo de revisão() Dissertação() Tese()
 Tese de Livre-Docência ()
 Tipo de estudo: Quantitativo () Qualitativo (x)
 Afiliação do 1º autor (a): NE
 Ano em que o estudo foi desenvolvido: 1995
 Localização geográfica do estudo: Vitória. Austrália
 Idioma: Inglês
 Características da população:
 - Mulher soropositiva ao HIV () - Mulher soronegativa ao HIV(x)
 - Idade média: 28 anos - Faixa etária: 14- 47 anos.

OBJETIVO DA PESQUISA:

- Identificar o risco de transmissão de HIV e outras DSTs das profissionais do sexo, em relação aos clientes ou parceiros íntimos.

RESULTADOS:

As profissionais do sexo são vulneráveis ao HIV, segundo o estilo de vida. As mulheres profissionais do sexo de bordéis são consideravelmente menos expostas ao risco de HIV que as que trabalham nas ruas.

Profissionais do sexo que trabalham nas ruas

- Apresentaram dificuldades com o uso do preservativo em todos os serviços sexuais, devido às ameaças físicas e coerção dos clientes, à ausência de proteção legal para as profissionais do sexo das ruas, ao isolamento social extremo das trabalhadoras ou à falta de apoio da comunidade,
- Todas as mulheres que trabalham nas ruas têm sido expostas à considerável e freqüente violência dos clientes e experimentaram pelos menos um ataque físico sério.
- Todas as mulheres estiveram cientes da importância do uso do preservativo para sexo oral, anal e vaginal com os clientes, por tal, foram determinantes na exigência do mesmo. Contudo, a resistência dos clientes foi uma barreira constante para assegurar o uso do preservativo em todos os encontros sexuais.

Profissionais do sexo que trabalham em bordéis

- Todas as mulheres estiveram cientes da importância do uso do preservativo para sexo oral, anal e vaginal com os clientes, o que gerou exigência no uso do preservativo com os clientes. Exigência que foi apoiada pelo gerente para assegurar o uso consistente do preservativo com todos os clientes.

Tanto as profissionais do sexo que trabalhavam em bordéis quanto as das ruas não usaram preservativo com o parceiro íntimo:

- Contudo a maioria das mulheres reconheceu que, com os parceiros íntimos, não usaram preservativo, dado que o mesmo faz sentir como se fosse um “trabalho”. Os relacionamentos íntimos foram freqüentemente identificados como fidedignos e permanentes, por um casal que fazem juntos o teste anti-HIV. Se o resultado é negativo, o preservativo não é mais necessário nesse relacionamento íntimo. No entanto, muitos dos relacionamentos íntimos foram irregulares ou casuais, e as mulheres estiveram conscientes de que os parceiros tiveram outras parceiras.
- Muitas mulheres relataram sexo não protegido com os revendedores de drogas, os que estiveram freqüentemente envolvidos com outros relacionamentos sexuais.

1) Os resultados têm relação com os elementos de vulnerabilidade à infecção pelo HIV?

Sim (x) Não ()

2) Os resultados estão baseados nos dados coletados?

Sim (x) Não ()

3) O estudo cumpre com os critérios de inclusão?

Sim (x) Não ()

APÊNDICE A

FICHA A

VULNERABILIDADE FEMININA AO HIV: METASSÍNTESE

FICHA PARA SELECIONAR AS PUBLICAÇÕES, SEGUNDO OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Código do relatório: **IP-22**
 Tipo de publicação: Artigo(x) Artigo de revisão() Dissertação() Tese()
 Tese de Livre-Docência ()
 Tipo de estudo: Quantitativo () Qualitativo (x)
 Afiliação do 1º autor (a): Medicina Social
 Ano em que o estudo foi desenvolvido: NE
 Locação geográfica do estudo: Jerusalém. Israel
 Idioma: Inglês
 Características da população:
 - Mulher soropositiva ao HIV () - Mulher soronegativa ao HIV () NE
 - Idade média: 27 anos - Faixa etária: NE

OBJETIVO DA PESQUISA:

- Examinar a diferença de gênero em relação ao conhecimento sobre HIV, percepção da vulnerabilidade, crenças em autocontrole, tipo de parceria sexual e sua associação com falta de uso de preservativo.

RESULTADOS:

- A maioria das participantes esteve bem informada sobre as corretas formas de transmissão do HIV. Conhecimento que levou a maioria das mulheres a acreditar que poderiam determinar o que fazer nos encontros sexuais, mas também admitiram que, em algumas oportunidades, perderam o controle “no calor da paixão”.
- O não-uso do preservativo foi relacionado com mulheres mais velhas e foi significativamente mais alto entre as monogâmicas.
- Tipo de parceria foi significativamente associado com autocontrole, mas não com conhecimento: mais mulheres com baixo controle foram monogâmicas.

1) Os resultados têm relação com os elementos de vulnerabilidade à infecção pelo HIV?

Sim (x) Não ()

2) Os resultados estão baseados nos dados coletados?

Sim (x) Não ()

3) O estudo cumpre com os critérios de inclusão?

Sim (x) Não ()

APÊNDICE A

FICHA A

VULNERABILIDADE FEMININA AO HIV: METASSÍNTESE

FICHA PARA SELECIONAR AS PUBLICAÇÕES, SEGUNDO OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Código do relatório: **IP-23**
 Tipo de publicação: Artigo(x) Artigo de revisão() Dissertação() Tese()
 Tese de Livre-Docência ()
 Tipo de estudo: Quantitativo () Qualitativo (x)
 Afiliação do 1º autor (a): Medicina da Família e Ocupacional
 Ano em que o estudo foi desenvolvido: 1999
 Localização geográfica do estudo: Singapura
 Idioma: Inglês
 Características da população:
 - Mulher soropositiva ao HIV() - Mulher soronegativa ao HIV(x)
 - Idade média: 29 anos - Faixa etária: 22- 51 anos.

OBJETIVO DA PESQUISA:

- Explorar a consciência das profissionais do sexo sobre a transmissão via oral de DST/HIV, razões de não-uso, assim como barreiras e dificuldades em negociar uso de preservativo para sexo oral, e habilidades usadas para conseguir que os clientes usem preservativo.

RESULTADOS:

Fatores que influenciam o não-uso do preservativo, em sexo oral:

Concepções erradas sobre a transmissão de DST e HIV: algumas pensaram que o fluido pré-ejaculatório não continha bactéria ou vírus, ou que era seguro realizar sexo oral se o pênis não apresentava lacerações ou úlceras.

Baixa percepção de vulnerabilidade: Algumas profissionais do sexo acreditavam não ser vulneráveis para HIV/AIDS/DST por meio de sexo oral não protegido. Outras perceberam estar em baixo risco, uma vez que faziam enxágües bucais com anti-séptico.

Baixa auto-eficácia: quase a metade das profissionais do sexo realiza sexo oral sem preservativo, uma vez que não são capazes de persuadir os clientes para o uso do preservativo, pois muitos clientes, incluindo os instruídos de classe alta, não acreditavam que poderiam adquirir HIV de sexo oral. Segundo as profissionais do sexo, os clientes de classe alta foram os mais difíceis de convencer a usar preservativo, especialmente os clientes solteiros chineses. Elas temiam insistir em usar preservativo para sexo oral e que os clientes se queixassem com o proprietário do bordel, que não apoiava o uso do mesmo.

Também, pela baixa percepção de risco dos clientes, falha do cliente para conseguir ereção do pênis, diminuição da sensibilidade com o preservativo ou simplesmente o cliente não estava acostumado a usar preservativo. Outro motivo foi a falta de habilidade da profissional do sexo para responder às perguntas dos clientes, sobre as razões para usar preservativo em sexo oral.

Barreiras relacionadas aos clientes e uso de preservativo: uma freqüente barreira foi o temor de perder o cliente ou enfurecê-lo, sobretudo para as profissionais do sexo de classe alta, que seus clientes pagam muito pelos seus serviços. Outras estiveram preocupadas que os clientes pensem que elas estavam infectadas com AIDS/DST se elas insistiam o uso do preservativo para sexo oral.

Barreiras pessoais e uso de preservativo: algumas profissionais se queixaram da sequeidão, coceira da garganta, desagradável oleosidade, borracha e sabor amargo do preservativo para sexo oral, o que gera náuseas.

1) Os resultados têm relação com os elementos de vulnerabilidade à infecção pelo HIV?

Sim (x) Não ()

2) Os resultados estão baseados nos dados coletados?

Sim (x) Não ()

3) O estudo cumpre com os critérios de inclusão?

Sim (x) Não ()

APÊNDICE A

FICHA A

VULNERABILIDADE FEMININA AO HIV: METASSÍNTESE

FICHA PARA SELECIONAR AS PUBLICAÇÕES, SEGUNDO OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Código do relatório: **IP-24**
 Tipo de publicação: Artigo (x) Artigo de revisão () Dissertação () Tese ()
 Tese de Livre-Docência ()
 Tipo de estudo: Quantitativo () Qualitativo (x)
 Afiliação do 1º autor (a): Saúde Pública
 Ano em que o estudo foi desenvolvido: 1980-2000
 Localização geográfica do estudo: Região Subsaariana da África
 Idioma: Inglês
 Características da população:
 - Mulher soropositiva ao HIV() - Mulher soronegativa ao HIV() NA
 - Idade média: NA - Faixa etária: NA

OBJETIVO DA PESQUISA:

- Estudar o potencial impacto dos ajustes políticos na vulnerabilidade da mulher ao HIV.

RESULTADOS:

Os ajustes políticos, talvez, facilitam condições sociais que incrementam a vulnerabilidade da mulher ao HIV/AIDS na região subsaariana da África.

- **Desvalorização do dinheiro e a remoção dos subsídios dos alimentos:** depois da adoção de políticas de ajustes, que incluiu a remoção dos subsídios dos alimentos, o preço dos mesmos aumentou, diminuindo o acesso aos produtos relacionados com as necessidades básicas especialmente, entre população de baixos recursos econômicos. Sendo que houve um aumento de 50% a 300% em produtos como pão e milho, aumentando o custo de vida, e por tal, a diminuição do gasto familiar em outros produtos básicos, como as carnes. Essa diminuição dos gastos é desproporcionalmente mais alta nas famílias chefiadas por mulheres, tanto de áreas urbanas e rurais, como nas chefiadas por homens. Situação que força algumas mulheres a adotar estratégias de sobrevivências, como encontros sexuais não protegidos em troca de dinheiro, alojamento e comida. A mulher, com poder econômico reduzido, tem pouca habilidade para negociar relações sexuais seguras ou enfrentar assédio sexual e é economicamente dependente dos parceiros, em decorrência disso, aumenta sua vulnerabilidade à violência doméstica e às relações sexuais sem consentimento. Situações que incrementam a vulnerabilidade da mulher ao HIV.
- **Privatização:** a privatização gera significativas perdas de trabalho do setor público, sem o incremento necessário no setor privado. Para melhorar a eficiência e manter os custos de produção, as empresas privadas reduzem o preço da mão-de-obra, congelando os salários e reduzindo os empregos. Desta maneira o desemprego, baixos salários e instabilidade laboral, gerada pela privatização, não só incrementam a adoção de estratégias de sobrevivência da mulher, como a prostituição, mas também, conflitos de relacionamento de gênero, assédio e abuso sexual.
- **Liberação financeira e liberação comercial:** gerou o aumento das taxas de juros dos empréstimos, que junto com a remoção dos subsídios de produtos de agricultura, que aumentou os preços dos mesmos, como inseticidas, fungicidas entre outros, afetou o acesso ao crédito dos pequenos agricultores. Os pequenos agricultores são deslocados pelos grandes, por não ter acesso a equipamento moderno e estiveram obrigados a migrar das áreas de cultivo e deixar suas famílias por longos períodos, em busca de emprego. Longe de casa os homens tiveram mais probabilidade de se envolver com múltiplas parceiras ou trabalhadoras sexuais e, ao retornar a casa, as mulheres estiveram em risco de transmissão do HIV pela conduta dos esposos. As mulheres que são

abandonadas pelos esposos são obrigadas a se envolver com prostituição, como uma estratégia de sobrevivência.

- **Pagamento pelos serviços de saúde:** as mulheres economicamente desfavorecidas não têm condições para efetivar o pagamento pelos serviços de saúde, diminuindo o acesso das mulheres ao tratamento das DSTs e uso de preservativos, gerando um obstáculo a medidas preventivas. As mulheres sem acesso à educação, avaliação de HIV, tratamento das DSTs e serviços de saúde reprodutiva têm pouco controle sobre o risco relacionado à aids.
- **Pagamento por serviços de educação:** Muitos países reduziram o gasto público em serviços de educação e introduziram o pagamento nas escolas, limitando o acesso à educação. Esse pagamento gerou uma dramática caída nas taxas de educação primária. As mulheres de famílias pobres são geralmente privadas da educação primária para trabalhar em casa. Essa redução do acesso à educação tem conseqüências negativas em relação à prevenção do HIV, por debilitar a capacidade das jovens de perceber a aids como uma ameaça e negociar relações sexuais seguras, tanto durante o início da vida sexual, quanto durante a futura vida sexual, como uso de preservativo e realizar o teste anti-HIV. Várias mulheres nunca têm escutado sobre a aids ou tem conceitos errôneos sobre as medidas de prevenção ou transmissão.

1) Os resultados têm relação com os elementos de vulnerabilidade à infecção pelo HIV?

Sim (x) Não ()

2) Os resultados estão baseados nos dados coletados?

Sim (x) Não ()

3) O estudo cumpre com os critérios de inclusão?

Sim (x) Não ()

APÊNDICE A

FICHA A

VULNERABILIDADE FEMININA AO HIV: METASSÍNTESE

FICHA PARA SELECIONAR AS PUBLICAÇÕES, SEGUNDO OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Código do relatório: **IP-25**
 Tipo de publicação: Artigo (x) Artigo de revisão () Dissertação () Tese ()
 Tese de Livre-Docência ()
 Tipo de estudo: Quantitativo () Qualitativo (x)
 Afiliação do 1º autor (a): Medicina comportamental e psiquiátrica
 Ano em que o estudo foi desenvolvido: 2001-2002
 Localização geográfica do estudo: Bulgária e Hungria. Roma. Itália
 Idioma: Inglês
 Características da população:
 - Mulher soropositiva ao HIV() - Mulher soronegativa ao HIV() NE
 - Idade média: 29 anos - Faixa etária: 18-52 anos

OBJETIVO DA PESQUISA:

- Examinar as práticas sexuais, interações entre tipo de parceira e tipo de práticas sexuais entre homens e mulheres de Roma, Bulgária e Hungria.

RESULTADOS:

As mulheres são especialmente vulneráveis ao HIV pelas normas culturais:

- A mulher deve ser fiel durante toda a vida do casamento, independente da violência ou relacionamento extraconjugal do esposo, que é amplamente aceito, tanto por homens, quanto por mulheres, devido à crença de que o homem tem uma forte necessidade sexual.
- As mulheres geralmente sofrem violência física, quando não aceitam a proposta de relacionamento sexual do homem.
- A principal finalidade de proteção sexual foi prevenir a gravidez e evitar repetidos abortos. Desta maneira, embora amplamente conhecido que o preservativo protege de DST, preferia-se outro método para controle da natalidade, como o dispositivo intra-uterino, pílulas, coito interrompido.
- Todas as mulheres afirmaram que a decisão de usar preservativo no relacionamento é do homem, as mulheres conhecem pouco sobre o preservativo, sentem que não é socialmente aceitável que a mulher converse sobre esses temas e temem reações agressivas do esposo se falam do uso do mesmo.
- A maioria das mulheres reconheceu a aids como problema sério de saúde, mas não se reconheceram em risco, por confiar nos esposos, embora estivessem cientes de que os esposos tiveram outras parceiras sexuais.
- A maioria das mulheres afirmou que dificilmente ou ocasionalmente conversavam de temas sexuais com outras pessoas, preferindo outras mulheres da família para dissipar dúvidas, uma vez que, se conversassem esses temas com homens, eles teriam mau conceito das mulheres.

1) Os resultados têm relação com os elementos de vulnerabilidade à infecção pelo HIV?

Sim (x) Não ()

2) Os resultados estão baseados nos dados coletados?

Sim (x) Não ()

3) O estudo cumpre com os critérios de inclusão?

Sim (x) Não ()

APÊNDICE A

FICHA A

VULNERABILIDADE FEMININA AO HIV: METASSÍNTESE

FICHA PARA SELECIONAR AS PUBLICAÇÕES, SEGUNDO OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Código do relatório: **IP-26**
 Tipo de publicação: Artigo(x) Artigo de revisão() Dissertação() Tese()
 Tese de Livre-Docência ()
 Tipo de estudo: Quantitativo () Qualitativo (x)
 Afiliação do 1º autor (a): sociologia
 Ano em que o estudo foi desenvolvido: NE
 Localização geográfica do estudo: Nova York. EEUU. (mulheres latinas e hispânicas)
 Idioma: Inglês
 Características da população:
 - Mulher soropositiva ao HIV(x) - Mulher soronegativa ao HIV()
 - Idade média: 43 anos - Faixa etária: 29 – 60 anos.

OBJETIVO DA PESQUISA:

- Examinar o contexto e relacionamento ligados com violência do parceiro e comportamento sexual de risco entre um grupo de latinas soropositivas, as quais são vítimas de abuso dos parceiros.

RESULTADOS:

Vulnerabilidade para HIV da mulher latina e hispânica em Nova York:

Risco desde criança

- A maioria foi expulsa da casa de sua mãe ou tia, depois de serem agredidas sexualmente pelo seu padrasto.
- Algumas mulheres tornaram-se prostitutas contra sua vontade, obedecendo às ordens de sua própria tia, não apenas por ser dependente de hospedagem e comida, e também, por sentir-se obrigada, pela cultura, a respeitar aos tios, os quais proibiram desafiar a mãe ou tia, ou qualquer pessoa adulta.
- As mulheres sentiram que o casamento era um escape, mas desafortunadamente, a situação de matrimônio foi ainda mais preocupante, dado que o esposo foi abusador, eventualmente infectando-a com HIV.

Pobreza

- A pobreza gerada pela limitada educação e poucas habilidades ou nenhuma para trabalhar, somada à necessidade de enviar dinheiro a suas famílias no exterior, obriga algumas mulheres a se tornarem profissionais do sexo, usuárias de drogas, o que poderia incrementar sua vulnerabilidade ao HIV, dirige a uma pobreza mais profunda.

Condição de migrante

- A condição de migrante, freqüentemente, gera uma dependência em outras pessoas como garantias de permanência, exemplo: casar-se com alguém para conseguir legalizar sua situação no país ou procurar homens com dinheiro para iniciar uma relação, no intuito de procurar uma saída à pobreza, situação que coloca a mulher em uma situação de risco para abuso físico, verbal e emocional, assim como aumenta sua vulnerabilidade ao HIV.
- A mulher ilegal foi forçada a permanecer em relacionamentos onde o abuso foi freqüente, permanecendo isolada, com pouco ou nenhum acesso a entidades de proteção pelo temor de ser deportada.

1) Os resultados têm relação com os elementos de vulnerabilidade à infecção pelo HIV?

Sim (x) Não ()

2) Os resultados estão baseados nos dados coletados?

Sim (x) Não ()

3) O estudo cumpre com os critérios de inclusão?

Sim (x) Não ()

APÊNDICE A

FICHA A

VULNERABILIDADE FEMININA AO HIV: METASSÍNTESE

FICHA PARA SELECIONAR AS PUBLICAÇÕES, SEGUNDO OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Código do relatório: **IP-27**
 Tipo de publicação: Artigo(x) Artigo de revisão() Dissertação() Tese()
 Tese de Livre-Docência ()
 Tipo de estudo: Quantitativo () Qualitativo (x)
 Afiliação do 1º autor (a): NE
 Ano em que o estudo foi desenvolvido: 2001
 Localização geográfica do estudo: Kailali, Nepal. Ásia.
 Idioma: Inglês.
 Características da população:
 - Mulher soropositiva ao HIV() - Mulher soronegativa ao HIV() NE
 - Idade média: NE - Faixa etária: 15-49 anos

OBJETIVO DA PESQUISA:

- Identificar temas que afetam a vulnerabilidade à infecção pelo HIV/DST, nas mulheres rurais de comunidades migrantes no Nepal.

RESULTADOS:

Aspectos que têm impacto na vulnerabilidade da mulher ao HIV/DST, no Nepal:

Acesso aos serviços de saúde

- Em muitos distritos não existem instalações para o oferecimento do teste anti-HIV.
- O plano de saúde a longo prazo do Ministério de Saúde (1997-2017) propõe como prioridade apenas promoção e distribuição de preservativo, embora estratégia importante, não existe evidência de incrementar o uso do preservativo nas mulheres, nem representa uma estratégia ampla para reduzir a vulnerabilidade e risco da mulher.
- O Departamento de Serviço de Saúde programou e cumpriu, segundo o reporte anual, a geração de 50 programas de TV/rádio e/ou avisos em jornais sobre HIV/DSTs. No entanto, essas ações destacam estratégias de redução de risco individual, em vez de temas contextuais, além disso, a audiência depende de ter acesso a rádio ou TV, ou ser capaz de ler. Estratégia inapropriada para um país com apenas 37% das mulheres rurais com regular acesso a rádio e apenas 25% das mulheres alfabetizadas, por isto, essas intervenções são inalcançáveis e inacessíveis para a maioria das mulheres. As ações, também, não são direcionadas para a vulnerabilidade de muitas mulheres rurais, as que não têm poder no próprio relacionamento para comprar preservativo ou exigir uso do preservativo, ou exitosamente introduzir problemas sexuais ou “mudanças de comportamento” com o parceiro.

Migração

- Estima-se que quase um milhão de homens nepaleses migra para a Índia em busca de trabalho, retornando a casa depois de vários meses. A maioria deles pertence a zonas rurais. Os migrantes freqüentemente têm acesso mais limitado à informação de saúde na sua própria língua, incluindo informação referente ao HIV/DST e sexualidade, dificultando encontrar, acessar ou se preocupar por procurar serviços de saúde, além de não procurar serviços de saúde pelo temor de serem deportados. Por isto, as oportunidades dos homens de procurar diagnóstico e tratamento antes de retornar a casa são obstaculizadas, tornando as esposas dos mesmos vulneráveis ao HIV/DST.

Acesso à educação

- A maioria das mulheres não completou a educação primária, o que refletiu na vulnerabilidade das mulheres ao HIV, uma vez que a maioria das mulheres não conhecia ou tinha escutado sobre a aids, ou não conhecia alguma forma de evitar a transmissão do HIV ou acreditava que não existiam meios para evitar a transmissão.

1) Os resultados têm relação com os elementos de vulnerabilidade à infecção pelo HIV?

Sim (x) Não ()

2) Os resultados estão baseados nos dados coletados?

Sim (x) Não ()

3) O estudo cumpre com os critérios de inclusão?

Sim (x) Não ()

APÊNDICE A

FICHA A

VULNERABILIDADE FEMININA AO HIV: METASSÍNTESE

FICHA PARA SELECIONAR AS PUBLICAÇÕES, SEGUNDO OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Código do relatório: **IP-28**
 Tipo de publicação: Artigo () Artigo de revisão (x) Dissertação () Tese ()
 Tese de Livre-Docência ()
 Tipo de estudo: Quantitativo () Qualitativo (x)
 Afiliação do 1º autor (a): Enfermagem
 Ano em que o estudo foi desenvolvido: 1987-2003
 Localização geográfica do estudo: EEUU (mulheres africanas)
 Idioma: Inglês
 Características da população:
 - Mulher soropositiva ao HIV(x) - Mulher soronegativa ao HIV(x)
 - Idade média: NE - Faixa etária: 40- 65 anos

OBJETIVO DA PESQUISA:

- Explorar o que é conhecido e não conhecido sobre comportamento de risco e preventivo das mulheres afro-americanas.

RESULTADOS:

- As mulheres afro-americanas maiores de 40 anos tendem a possuir conhecimento errado sobre HIV/AIDS. Com variações no nível de conhecimentos segundo a idade e educação.
- As mulheres afro-americanas maiores de 40 anos geralmente não acreditam estar em risco de transmissão de HIV, apesar do evidente compromisso com atividade sexual desprotegida, com homens cujo fator de risco elas desconhecem.
- As mulheres afro-americanas maiores de 40 anos acreditam primariamente na proteção da monogamia como autoproteção da infecção pelo HIV e tendem a não discutir temas sexuais.

1) Os resultados têm relação com os elementos de vulnerabilidade à infecção pelo HIV?

Sim (x) Não ()

2) Os resultados estão baseados nos dados coletados? Sim (x) Não ()

3) O estudo cumpre com os critérios de inclusão? Sim (x) Não ()

APÊNDICE A

FICHA A

VULNERABILIDADE FEMININA AO HIV: METASSÍNTESE

FICHA PARA SELECIONAR AS PUBLICAÇÕES, SEGUNDO OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Código do relatório: **IP-29**
 Tipo de publicação: Artigo (x) Artigo de revisão () Dissertação () Tese ()
 Tese de Livre-Docência ()
 Tipo de estudo: Quantitativo () Qualitativo (x)
 Afiliação do 1º autor (a): Psicologia
 Ano em que o estudo foi desenvolvido: 1998-1999
 Localização geográfica do estudo: Maringá, Paraná. Brasil
 Idioma: Português
 Características da população:
 - Mulher soropositiva ao HIV(x) - Mulher soronegativa ao HIV()
 - Idade média: NE - Faixa etária: 22-59 anos

OBJETIVO DA PESQUISA:

- Descrever como as mulheres portadoras do HIV percebem sua vulnerabilidade na provável época da infecção e compreender as dificuldades de prevenção da transmissão sexual do HIV, antes e depois do diagnóstico.

RESULTADOS:

Percepção da vulnerabilidade

- As mulheres relataram que a infecção aconteceu em relacionamentos estáveis, por tal, julgavam-se pouco ou não vulneráveis à infecção pelo HIV. Situação somada à falta ou insuficiente informação sobre a transmissão e prevenção do HIV para uma atitude ativa (proteger-se ou não de forma consciente), não adotaram comportamentos que as protegessem do vírus, antes de receber o diagnóstico positivo do teste anti-HIV.
- **A convivência com alguém que se ama e a confiança no parceiro são facilitadores da negação do risco:** a convivência prolongada deixa a mulher com o sentimento de que está imune, e a confiança no companheiro, base das relações amorosas, não leva em consideração a vida pregressa dele. A fidelidade e a situação conjugal aparecem como imunização contra a infecção.
- Quando as mulheres consideram que são mulheres fiéis, cuidadosas e honestas, não enxergam sua vulnerabilidade, pois acreditam que nada poderia lhes ocorrer de mal.

Conhecimento sobre os meios de prevenção e transmissão do HIV

- As mulheres disseram que, antes do diagnóstico, não sabiam como se prevenir contra a aids, ou que souberam tarde demais. E segundo as mulheres, essa falta de conhecimento foi o fator mais importante para a infecção.

1) Os resultados têm relação com os elementos de vulnerabilidade à infecção pelo HIV?

Sim (x) Não ()

2) Os resultados estão baseados nos dados coletados?

Sim (x) Não ()

3) O estudo cumpre com os critérios de inclusão?

Sim (x) Não ()

APÊNDICE A

FICHA A

VULNERABILIDADE FEMININA AO HIV: METASSÍNTESE

FICHA PARA SELECIONAR AS PUBLICAÇÕES, SEGUNDO OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Código do relatório: **IP-30**
 Tipo de publicação: Artigo(x) Artigo de revisão() Dissertação() Tese()
 Tese de Livre-Docência ()
 Tipo de estudo: Quantitativo (x) Qualitativo ()
 Afiliação do 1º autor (a): NE
 Ano em que o estudo foi desenvolvido: 2003-2004
 Localização geográfica do estudo: Andhra Pradesh. Índia
 Idioma: Inglês
 Características da população:
 - Mulher soropositiva ao HIV() - Mulher soronegativa ao HIV() NE
 - Idade média: 27 anos - Faixa etária: 16-54 anos

OBJETIVO DA PESQUISA:

- Documentar as características sociodemográficas e trabalho sexual das profissionais do sexo, no intuito de identificar as necessidades de particular atenção para a prevenção do HIV e das DSTs, nesta população.

RESULTADOS:

No contexto de empoderamento social: a falta de organização de grupos de profissionais do sexo, para trabalhar em estabelecimentos formais, menor pagamento dos clientes, e menor ingresso total, saber que o HIV poderia ser prevenido e acesso gratuito de preservativo dificultaram que as profissionais do sexo demandem uso consistente de preservativo:

- Vulnerabilidade econômica: o ingresso por dia, das profissionais do sexo que trabalhavam nos bordéis, foi maior que aquelas que trabalhavam em suas casas. E essas últimas tinham maior ingresso que as que trabalhavam nas ruas. As que tiveram menor renda no trabalho sexual (profissionais do sexo das ruas) tiveram menos probabilidade de usar preservativo de forma consistente com os clientes.
- A falta de conhecimento de meios de prevenção do HIV, seguido pelo não-acesso gratuito de preservativos nos últimos 30 dias, grau de educação, procedência rural das profissionais do sexo, assim como deficiente participação em grupos de apoio para profissionais do sexo estiveram relacionados com uso inconsistente de preservativo.
- As profissionais do sexo procedentes de áreas rurais tenderam a trabalhar nas ruas e tiveram menos probabilidade de usar preservativo, quando comparadas com as que trabalhavam em bordéis. Talvez pela falta de conhecimento sobre prevenção do HIV e analfabetismo.
- Dado que a sociedade indiana discrimina as profissionais do sexo como mulheres imorais, muitas das mulheres não reconheciam que fossem profissionais do sexo e não revelaram aos familiares sobre o trabalho sexual que desenvolviam. Essas mulheres com baixo apoio social tiveram relativamente menos probabilidade de usar o preservativo de forma consistente, e permaneceram sem acesso às ações dos programas de prevenção de HIV, debilitando as ações de prevenção. Em decorrência disso, a acessibilidade aos meios de prevenção e o empoderamento das profissionais do sexo que não trabalham em bordéis estiveram relacionados com o ambiente legal ligado com o trabalho sexual no país.
- O não-uso do preservativo, também, esteve relacionado com a parceria estável ou regular, desacordo do parceiro para usar o mesmo e desejo de ter filhos.

1) Os resultados têm relação com os elementos de vulnerabilidade à infecção pelo HIV?

Sim (x) Não ()

2) Os resultados estão baseados nos dados coletados?

Sim (x) Não ()

3) O estudo cumpre com os critérios de inclusão?

Sim (x) Não ()

APÊNDICE A

FICHA A

VULNERABILIDADE FEMININA AO HIV: METASSÍNTESE

FICHA PARA SELECIONAR AS PUBLICAÇÕES, SEGUNDO OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Código do relatório: **IL-31**
 Tipo de publicação: Artigo (x) Artigo de revisão () Dissertação () Tese ()
 Tese de Livre-Docência ()
 Tipo de estudo: Quantitativo () Qualitativo (x)
 Afiliação do 1º autor (a): NE
 Ano em que o estudo foi desenvolvido: NE
 Locação geográfica do estudo: São Paulo, Brasil
 Idioma: Português
 Características da população:
 - Mulher soropositiva ao HIV(x) - Mulher soronegativa ao HIV(x)
 - Idade média: NE - Faixa etária: 21-50 anos

OBJETIVO DA PESQUISA:

- Analisar o processo de construção da subjetividade individual e social das profissionais do sexo entrevistadas, visando a apreender o processo de produção de sentidos no que se refere à contextualização do HIV em seu cotidiano de trabalho.

RESULTADOS:

A assimetria de poder entre os gêneros, os valores da sociedade pós-moderna, que é regida pelas leis de mercado, a vivência da atividade como algo transitório e a fragilidade do contrato de trabalho das profissionais do sexo foram considerados fatores enfraquecedores do poder de negociação da categoria, aumentando a vulnerabilidade ao HIV.

- O uso do preservativo pode ser visto como um “marco divisor” entre o trabalho e a afetividade, por tal o seu uso foi inconstante.
- A maioria das entrevistadas contou episódios em que ocorreu o seu rompimento ou a não-utilização.
- A “vida curta” do trabalho sexual (as profissionais do sexo mais velhas são trocadas por mais jovens) faz com que tentem maximizar seus ganhos neste período, podendo favorecer práticas sexuais desprotegidas, para não perder clientes e por serem mais bem remuneradas.
- A atividade de profissional do sexo é sentida como transitória por todas as entrevistadas e um meio para atingir seus objetivos, motivo pelo qual as mulheres afirmaram que deixarão assim que conseguir atingi-los. Nessa perspectiva, elas não conseguem se assumir como profissionais do sexo, mas se sentem como pessoas que, no momento, estão comercializando sexo. Em decorrência disso, elas não conseguem lutar pelos seus direitos de forma organizada enquanto categoria.
- Foi identificada uma relação de poder do cliente em relação à profissional do sexo, uma vez que, a profissional do sexo é vista como uma mercadoria que se deve adequar às exigências do cliente, diminuindo o poder de negociação da profissional do sexo para usar o preservativo.
- As exigências do consumidor, o aumento do desemprego no país, a concorrência e a competitividade do mercado também dificultam um maior fortalecimento das profissionais do sexo, sua organização como classe e a luta pelos seus direitos.
- O não-estabelecimento de um vínculo empregatício gera sentimento de insegurança nas trabalhadoras do sexo, o fato de terem de se submeter a algumas situações sem ter um “espaço” para reivindicações, além de poderem ficar sem rendimento em face do aparecimento de alguma doença ou mesmo devido à ausência de clientes.

1) Os resultados têm relação com os elementos de vulnerabilidade à infecção pelo HIV?

Sim (x) Não ()

2) Os resultados estão baseados nos dados coletados?

Sim (x) Não ()

3) O estudo cumpre com os critérios de inclusão?

Sim (x) Não ()

APÊNDICE A

FICHA A

VULNERABILIDADE FEMININA AO HIV: METASSÍNTESE

FICHA PARA SELECIONAR AS PUBLICAÇÕES, SEGUNDO OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Código do relatório: **IL-32**
 Tipo de publicação: Artigo (x) Artigo de revisão () Dissertação () Tese ()
 Tese de Livre-Docência ()
 Tipo de estudo: Quantitativo () Qualitativo (x)
 Afiliação do 1º autor (a): Saúde Coletiva
 Ano em que o estudo foi desenvolvido: NE
 Localização geográfica do estudo: Ceará e Piauí. Brasil.
 Idioma: Inglês
 Características da população:
 - Mulher soropositiva ao HIV() - Mulher soronegativa ao HIV() NE
 - Idade média: NE - Faixa etária: 17- 44 anos.

OBJETIVO DA PESQUISA:

- Estudar as diferentes configurações, crenças, representações e formas de organização do comportamento, associadas à capacidade de seguir adequadamente medidas de prevenção do HIV, das populações migrantes do Nordeste do Brasil.

RESULTADOS:

- **As participantes assumem que existe uma relação direta entre a aparência física individual e aids:** as mulheres pensam que a boa aparência de um homem, ser sensual e ser bonito não se deveria pensar que tem aids.
- **Existe a crença entre as mulheres que a aids tem um período limitado de transmissão, depois que o indivíduo teve relações sexuais:** algumas mulheres exigiram, apenas por alguns dias, que o esposo use preservativo quando suspeitaram que ele tivesse relações sexuais com outra mulher.
- **A crença de que a natureza do homem exige a procura de diversas parceiras e para tal, que o esposo tem necessidades de satisfazê-las fora do ambiente familiar, permite que essas mulheres se preocupem menos com as atividades sexuais dos esposos, entorpecendo a prevenção da transmissão do HIV:** algumas mulheres afirmaram que o esposo tem apenas “sexo” com outra mulher e com a esposa na casa o esposo faz “amor” e que é comum aceitar a infidelidade masculina.
- **Aspectos que determinaram o uso do preservativo:** crer que o preservativo pode ficar e se perder no interior do corpo da mulher; falta de aceitação do uso do preservativo pelas mulheres mais velhas, uma vez que nunca antes usaram e não se interessam em usar; dificuldade para ter acesso aos preservativos, dado que foi difícil a obtenção de preservativos nos serviços de saúde e tiveram dificuldades financeiras para comprá-los. Houve uma forte associação entre preservativo e prevenção da gravidez que com prevenção das DSTs.
- **A confiança influencia e regula o uso do preservativo nos casais:** as mulheres que confiaram na fidelidade do parceiro não exigiram o uso do preservativo.
- **O assédio sexual do padrasto ou pai do parceiro foi um constante risco de transmissão para algumas mulheres.**
- Muitas mulheres destacaram que **migrar para a cidade aumentam as oportunidades para ter relações sexuais, ter vida sexual mais ativa, maior promiscuidade, dado que o controle dos pais é ausente, aumentando o risco de contaminação pelo HIV.**

1) Os resultados têm relação com os elementos de vulnerabilidade à infecção pelo HIV?

Sim (x) Não ()

2) Os resultados estão baseados nos dados coletados?

Sim (x) Não ()

3) O estudo cumpre com os critérios de inclusão?

Sim (x) Não ()

APÊNDICE A

FICHA A

VULNERABILIDADE FEMININA AO HIV: METASSÍNTESE

FICHA PARA SELECIONAR AS PUBLICAÇÕES, SEGUNDO OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Código do relatório: **IL-33**
 Tipo de publicação: Artigo(x) Artigo de revisão() Dissertação() Tese()
 Tese de Livre-Docência ()
 Tipo de estudo: Quantitativo () Qualitativo (x)
 Afiliação do 1º autor (a): Psicologia
 Ano em que o estudo foi desenvolvido: NE
 Localização geográfica do estudo: Ribeirão Preto, São Paulo. Brasil
 Idioma: Português
 Características da população:
 - Mulher soropositiva ao HIV(x) - Mulher soronegativa ao HIV()
 - Idade média: NE - Faixa etária: 31- 35 anos

OBJETIVO DA PESQUISA:

- Identificar, em relatos de mulheres usuárias de drogas ilícitas e soropositivas para o HIV, alguns elementos subsidiários ao desenvolvimento de Programas de Prevenção e Orientação em DST/AIDS, dirigidos para esse segmento social.

RESULTADOS:

- A vulnerabilidade feminina ao HIV é representada pela falta de recursos físicos para se defender de agressões na rua, aspectos que predispõem às vicissitudes da exclusão de gênero, fragilizando a mulher, tornando-a mais suscetível à violência e às moléstias, inclusive à infecção pelo HIV. Por tal, as mulheres afirmaram que é importante um companheiro masculino que fizesse, às vezes, o papel de defensor.

1) Os resultados têm relação com os elementos de vulnerabilidade à infecção pelo HIV?

Sim (x) Não ()

2) Os resultados estão baseados nos dados coletados?

Sim (x) Não ()

3) O estudo cumpre com os critérios de inclusão?

Sim (x) Não ()

APÊNDICE A

FICHA A

VULNERABILIDADE FEMININA AO HIV: METASSÍNTESE

FICHA PARA SELECIONAR AS PUBLICAÇÕES, SEGUNDO OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Código do relatório: **IL-34**
 Tipo de publicação: Artigo (x) Artigo de revisão () Dissertação () Tese ()
 Tese de Livre-Docência ()
 Tipo de estudo: Quantitativo () Qualitativo (x)
 Afiliação do 1º autor (a): Saúde Pública
 Ano em que o estudo foi desenvolvido: 1998-2002
 Localização geográfica do estudo: Salvador, Bahia. Brasil
 Idioma: Português
 Características da população:
 - Mulher soropositiva ao HIV(x) - Mulher soronegativa ao HIV()
 - Idade média: 32 anos - Faixa etária: NE.

OBJETIVO DA PESQUISA:

- Utilizar dados demográficos e comportamentais de 82 mulheres com HIV/AIDS, acompanhadas num ambulatório especializado em Salvador-Bahia, para fundamentar a discussão dos aspectos bioéticos envolvidos nesta tendência da epidemia, com destaque para o conceito de vulnerabilidade.

RESULTADOS:

Características das mulheres que as colocaram em um grupo vulnerável, baseado tanto em referência de gênero como na classe social.

- Influência de fatores culturais das sociedades latino-americanas, onde a supremacia do homem sobre a mulher é encarada com naturalidade: uma das mulheres relatou que o marido, embora soubesse ser portador do HIV, obrigava-a a manter relações sexuais sem uso de preservativo.
- A confiança no esposo e se sentir protegida da transmissão do HIV pelo casamento causaram a infecção de uma das mulheres: uma mulher sem experiência sexual antes do casamento adquiriu o HIV do esposo “acima de qualquer suspeita”, por ser esposo e “irmão” da igreja.

1) Os resultados têm relação com os elementos de vulnerabilidade à infecção pelo HIV?

Sim (x) Não ()

2) Os resultados estão baseados nos dados coletados?

Sim (x) Não ()

3) O estudo cumpre com os critérios de inclusão?

Sim (x) Não ()

APÊNDICE A

FICHA A

VULNERABILIDADE FEMININA AO HIV: METASSÍNTESE

FICHA PARA SELECIONAR AS PUBLICAÇÕES, SEGUNDO OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Código do relatório: **IL-35**
 Tipo de publicação: Artigo(x) Artigo de revisão() Dissertação() Tese()
 Tese de Livre-Docência ()
 Tipo de estudo: Quantitativo () Qualitativo (x)
 Afiliação do 1º autor (a): Enfermagem
 Ano em que o estudo foi desenvolvido: 2002
 Localização geográfica do estudo: Cali, Colômbia.
 Idioma: Espanhol
 Características da população:
 - Mulher soropositiva ao HIV () - Mulher soronegativa ao HIV() NE
 - Idade média: 28 anos - Faixa etária: 13-65 anos

OBJETIVO DA PESQUISA:

- Reconhecer os aspectos da vida sexual das mulheres de nível socioeconômico alto de Cali-Colômbia, estabelecer a relação entre alguns fatores de proteção e de risco para HIV/AIDS-DST, identificar a percepção da vulnerabilidade das mulheres perante a infecção de HIV/AIDS e determinar a intenção de uso de preservativo.

RESULTADOS:

As mulheres de alto nível econômico estão expostas à transmissão do HIV na sua relação, o que as faz sentir vulneráveis, mas aspectos socioculturais como a desigualdade de gênero e temor ao abandono não permitem que se protejam. **Evidenciando que a vulnerabilidade está marcada não apenas por fatores biológicos, mas também, por fatores culturais e sociais independentes de seu nível econômico.**

- As mulheres reportaram baixo uso do preservativo como meio de prevenção das DSTs, demonstrando que existe uma baixa aceitação do uso do preservativo na sociedade colombiana.
- Algumas mulheres demonstraram baixa auto-eficácia na negociação do uso do preservativo, ao afirmar que os esposos não aceitariam usar o preservativo, se elas o propusessem.
- As mulheres casadas usavam o preservativo em menor proporção e se sentiram menos vulneráveis ao HIV que as mulheres não casadas.
- Embora com considerável conhecimento sobre a transmissão do HIV, persistiram algumas idéias errôneas sobre a transmissão do vírus entre as mulheres.
- Em relação à percepção da vulnerabilidade, embora a maioria das mulheres tenha se sentido vulnerável ao HIV, elas não usaram preservativo na sua última relação sexual.
- Existiu pouca comunicação em assuntos relacionados com a sexualidade entre o casal, o que evidencia que a comunicação é um fenômeno complexo e obstaculiza a expressão dos temores, a capacidade de negociação e, portanto, aumenta a vulnerabilidade das mulheres ao HIV.
- Apesar de a metade das mulheres ter auto-estima alta, se evidenciou baixo poder decisório para recusar uma relação sexual se o esposo não aceita usar o preservativo.

1) Os resultados têm relação com os elementos de vulnerabilidade à infecção pelo HIV?

Sim (x) Não ()

2) Os resultados estão baseados nos dados coletados?

Sim (x) Não ()

3) O estudo cumpre com os critérios de inclusão?

Sim (x) Não ()

APÊNDICE A

FICHA A

VULNERABILIDADE FEMININA AO HIV: METASSÍNTESE

FICHA PARA SELECIONAR AS PUBLICAÇÕES, SEGUNDO OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Código do relatório: **IL-36**
 Tipo de publicação: Artigo() Artigo de revisão() Dissertação() Tese(x)
 Tese de Livre-Docência ()
 Tipo de estudo: Quantitativo () Qualitativo (x)
 Afiliação do 1º autor (a): Psicologia e educação
 Ano em que o estudo foi desenvolvido: 2002
 Localização geográfica do estudo: Ribeirão Preto, São Paulo. Brasil.
 Idioma: Português
 Características da população:
 - Mulher soropositiva ao HIV(x) - Mulher soronegativa ao HIV()
 - Idade média: 26 anos - Faixa etária: 21- 35 anos

OBJETIVO DA PESQUISA:

- Conhecer a história de risco para a infecção pelo HIV/AIDS e a experiência com a soropositividade entre mulheres que foram contaminadas no contexto de relações estáveis, visando a fortalecer e contribuir para estratégias preventivas e para o aperfeiçoamento dos serviços voltados para a saúde da mulher no âmbito da epidemia de HIV/AIDS.

RESULTADOS:

A grande maioria das mulheres soropositivas não se percebeu vulnerável ao HIV, principalmente aquelas que se encontraram em relacionamento estável, onde acreditam existir amor, respeito e confiança entre o casal. Como consequência foram vítimas da infecção pelo HIV por meio do parceiro.

Percepção da vulnerabilidade

- As mulheres que não se perceberam vulneráveis basearam-se, principalmente, no fato de que cumpriram o papel que se espera delas: “o amor monogâmico” e dedicação ao lar e família e por isto, não se consideravam um “grupo de risco”.
- As mulheres não se sentiram vulneráveis ao HIV, principalmente por acreditarem que, na sua relação monogâmica, existiam amor, confiança e respeito entre o casal.
- Apesar de estar presente no discurso das mulheres soropositivas que os homens traem, isto não se constitui, entretanto, numa representação que se impôs. Sua importância foi diluída em favor de todas as outras coisas construídas na vida conjugal e obtidas com ela, deixando claro que há uma escala hierárquica das representações da vida conjugal, onde a fidelidade é algo muito importante.

Tipo de relacionamento

- As mulheres manifestaram que à medida que o relacionamento se tornou amoroso, mais do que sexual e estável, se admitiu o risco de ter relacionamentos sexuais sem proteção, e usar outro método anticonceptivo, desconsiderando o risco da transmissão do HIV. Situação que não acontecia quando apenas desejo sexual unia o casal.
- A convivência com quem se ama e a confiança no parceiro, base das relações amorosas, fizeram sentir que a prevenção foi desnecessária. Desta maneira, mas do que ausência do poder de negociação no uso do preservativo existiu uma desconsideração do risco, baseada na confiança e estabilidade da relação e desejo de ter filhos.
- As mulheres não decidiram usar o preservativo antes de ficarem soropositivas, dado que acreditavam não ter sentido usar o preservativo no casamento e outras nunca pensaram em usá-lo.

Significado da prevenção

- A convivência com quem se ama e a confiança no parceiro, base das relações amorosas, faz com que a prevenção se torne desnecessária, existindo uma negação do risco.

1) Os resultados têm relação com os elementos de vulnerabilidade à infecção pelo HIV?

Sim (x) Não ()

2) Os resultados estão baseados nos dados coletados?

Sim (x) Não ()

3) O estudo cumpre com os critérios de inclusão?

Sim (x) Não ()

APÊNDICE A

FICHA A

VULNERABILIDADE FEMININA AO HIV: METASSÍNTESE

FICHA PARA SELECIONAR AS PUBLICAÇÕES, SEGUNDO OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Código do relatório: **IL-37**
 Tipo de publicação: Artigo(x) Artigo de revisão() Dissertação() Tese()
 Tese de Livre-Docência ()
 Tipo de estudo: Quantitativo () Qualitativo (x)
 Afiliação do 1º autor (a): Enfermagem
 Ano em que o estudo foi desenvolvido: 2002
 Localização geográfica do estudo: Bahia. Brasil
 Idioma: Português
 Características da população:
 - Mulher soropositiva ao HIV() - Mulher soronegativa ao HIV() NE
 - Idade média: 22 anos. - Faixa etária: 19-32 anos.

OBJETIVO DA PESQUISA:

- Comparar o campo das representações sociais da aids de dois grupos de jovens universitários, um masculino e outro feminino.
- Discutir a sexualidade e as práticas sexuais, a partir das relações de gênero que circundam o enfrentamento da infecção pelo HIV e que são determinantes de vulnerabilidade.
- Identificar o conjunto de características individuais e sociais presentes no cotidiano das jovens que as tornam mais vulneráveis à infecção pelo HIV.

RESULTADOS:

O comportamento individual e social, imbricado na identidade de gênero, implica em uma maior exposição aos fatores de risco que levam a mulher a estar vulnerável à infecção pelo HIV/AIDS:

A vulnerabilidade feminina guardou dependência com a reprodução de valores estereotipados, os quais direcionam as mulheres a assumirem uma posição de passividade nas relações com os homens

- O comportamento socialmente esperado para as mulheres, sobre as questões de sexo e sexualidade, envolve sentimentos e, em geral, deve ser restrito a um único parceiro.
- As mulheres ficam em uma situação passiva em relação à negociação do preservativo quando o homem encontra-se embriagado.
- Os jogos de poderes construídos entre os homens e mulheres se configuram em uma maior dificuldade para a negociação do uso das medidas preventivas.
- As representações sociais de sexo para as mulheres representam padrões de subjetividade, onde o amor e outros sentimentos são predominantes. Sentimentos que as colocam em situações de vulnerabilidade, tendo em vista a dificuldade de assegurar o comportamento de seus companheiros, bem como a cumplicidade com que acabam encarando a infidelidade masculina.
- A família também se torna um espaço de caracterização socialmente construída, devido à educação/criação, que transmite a idéia de que a mulher deve se voltar mais para o ambiente doméstico/privado. Conduta que leva a mulher na idade da puberdade a se defrontar com determinados fatores de risco, e que não sabem lidar com as questões relativas à sexualidade.
- O fato de as mulheres estarem ambientadas no espaço privado/doméstico foi determinante para uma menor preocupação com a proteção, por acreditarem em uma menor vulnerabilidade às DSTs.

1) Os resultados têm relação com os elementos de vulnerabilidade à infecção pelo HIV?

Sim (x) Não ()

2) Os resultados estão baseados nos dados coletados?

Sim (x) Não ()

3) O estudo cumpre com os critérios de inclusão?

Sim (x) Não ()

APÊNDICE A

FICHA A

VULNERABILIDADE FEMININA AO HIV: METASSÍNTESE

FICHA PARA SELECIONAR AS PUBLICAÇÕES, SEGUNDO OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Código do relatório: **IO-38**
 Tipo de publicação: Artigo(x) Artigo de revisão() Dissertação() Tese()
 Tese de Livre-Docência ()
 Tipo de estudo: Quantitativo () Qualitativo (x)
 Afiliação do 1º autor (a): NE
 Ano em que o estudo foi desenvolvido: NE
 Localização geográfica do estudo: San Francisco. EEUU.
 Idioma: Inglês
 Características da população:
 - Mulher soropositiva ao HIV() - Mulher soronegativa ao HIV() NE
 - Idade média: 34 anos - Faixa etária: 22-54 anos

OBJETIVO DA PESQUISA:

- Determinar como as iniquidades de gênero promovem a vulnerabilidade para HIV, como consequência da violência experimentada no dia-a-dia por UDI que trabalham nas ruas do distrito “Mission” de San Francisco, EEUU.

RESULTADOS:

O risco de HIV e a possibilidade de praticar práticas preventivas sexuais e de injeção estão sujeitos ao sistema de transação iníqua que caracteriza a economia das ruas.

- A distribuição iníqua de recursos (drogas e dinheiro) promove maior quantidade de práticas sexuais inseguras e expõe as mulheres a maiores condições de violência durante as relações sexuais, nas quais o preservativo é excluído.
- As mulheres procuraram proteção masculina nas ruas, para se proteger das violências e raptos, por outros homens. Essa proteção é oferecida em troca de dinheiro, drogas e sexo.
- As mulheres relataram que todas as mulheres que são trabalhadoras sexuais e UDI têm sido raptadas e abusadas ou violentadas.
- A dependência no homem para obter respeito e proteção gera exploração feminina, uma vez que as mulheres tiveram que trabalhar mais, em alguns casos como profissionais do sexo, para obter dinheiro e drogas para o homem que as protege.
- As mulheres que não conseguiam dinheiro para comprar drogas obtinham a mesma por meio de troca sexual com o vendedor de drogas.

1) Os resultados têm relação com os elementos de vulnerabilidade à infecção pelo HIV?

Sim (x) Não ()

2) Os resultados estão baseados nos dados coletados?

Sim (x) Não ()

3) O estudo cumpre com os critérios de inclusão?

Sim (x) Não ()

APÊNDICE A

FICHA A

VULNERABILIDADE FEMININA AO HIV: METASSÍNTESE

FICHA PARA SELECIONAR AS PUBLICAÇÕES, SEGUNDO OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Código do relatório: **IW-39**
 Tipo de publicação: Artigo (x) Artigo de revisão () Dissertação () Tese ()
 Tese de Livre-Docência ()
 Tipo de estudo: Quantitativo () Qualitativo (x)
 Afiliação do 1º autor (a): NE
 Ano em que o estudo foi desenvolvido: NE
 Localização geográfica do estudo: África
 Idioma: Inglês
 Características da população:
 - Mulher soropositiva ao HIV() - Mulher soronegativa ao HIV() NA
 - Idade média: NA - Faixa etária: NA

OBJETIVO DA PESQUISA:

- Contextualizar a interação entre a pobreza e a aids na África, usando a estrutura de meios de sobrevivência.

RESULTADOS:

Em toda a África, a interação entre gênero e fatores socioeconômicos contribui para a vulnerabilidade das mulheres ao HIV:

- Normas socioculturais relacionadas com gênero criam barreiras para a total participação da mulher e habilidade para se beneficiar da produtividade da economia, situação que incrementa a probabilidade da mulher depender economicamente do homem, limitando a mulher a negociar sexo seguro com o parceiro sexual.
- Apesar de a mulher produzir na fazenda até 70-80% do alimento doméstico e aproximadamente a metade do trabalho da agricultura na maioria das sociedades africanas no sul do Saara, a contribuição econômica da mulher não é apreciada nem reconhecida devido à falta de poder tanto dentro da família quanto na comunidade, uma vez que a mulher fazendeira produz. No entanto, o esposo coleta o alimento subsistente para exportação ou venda. Como resultado, no momento das decisões financeiras, a mulher tem de confiar no parceiro. Tal situação de dependência econômica e social, a habilidade da mulher para recusar relacionamentos sexuais de alto risco é limitada, assim como a habilidade para negociar sexo seguro com o parceiro não monogâmico.
- Quando a mulher rural é viúva ou solteira, e geralmente chefe de família, a pressão é ainda maior, dada a falta de acesso ao dinheiro ou crédito para incrementar a produção, as mulheres tendem a produzir menos, e a maioria da colheita é consumida na mesma família. Entretanto, sem acesso aos recursos e meios de subsistência, a mulher chefe de família tem menos capacidade para enfrentar os problemas econômicos, criando condições para o comércio sexual como meio de sobrevivência para elas mesmas e a família.
- A migração masculina, em busca de oportunidades de trabalho, aumenta a vulnerabilidade feminina ao HIV, uma vez que os homens são infectados com o vírus quando estão fora de casa por meio de contato sexual com outras mulheres, e ao retornar para casa infectam as esposas.

1) Os resultados têm relação com os elementos de vulnerabilidade à infecção pelo HIV?

Sim (x) Não ()

2) Os resultados estão baseados nos dados coletados?

Sim (x) Não ()

3) O estudo cumpre com os critérios de inclusão?

Sim (x) Não ()

APÊNDICE A

FICHA A

VULNERABILIDADE FEMININA AO HIV: METASSÍNTESE

FICHA PARA SELECIONAR AS PUBLICAÇÕES, SEGUNDO OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Código do relatório: **IW-40**
 Tipo de publicação: Artigo (x) Artigo de revisão () Dissertação () Tese ()
 Tese de Livre-Docência ()
 Tipo de estudo: Quantitativo () Qualitativo (x)
 Afiliação do 1º autor (a): Economia e Políticas de Saúde
 Ano em que o estudo foi desenvolvido: 2001-2002
 Localização geográfica do estudo: Cuernavaca, Morelos. México
 Idioma: Espanhol
 Características da população:
 - Mulher soropositiva ao HIV() - Mulher soronegativa ao HIV() NE
 - Idade média: NE - Faixa etária: 15-25 anos.

OBJETIVO DA PESQUISA:

- Discutir os riscos para as jovens mexicanas, das práticas de sexo em troca de benefícios sociais e econômicos –nomeados sexo recompensado– com o objetivo de debater as possíveis implicações em matéria de saúde pública.

RESULTADOS:

Participar do sexo recompensado*, em um contexto de noivado, coloca as mulheres em uma situação que torna difícil efetivar práticas de prevenção, dados os valores de confiança, fidelidade, benefício obtido do relacionamento e maior poder masculino estabelecido na relação.

Confiança: limita questionar a saúde ou conduta sexual do parceiro, uma vez que as mulheres sentiam que isso podia ser interpretado como falta de confiança.

Fidelidade: limita a possibilidade de negociar o uso do preservativo, dado que implica reconhecer uma vida sexual fora do relacionamento da mulher, saindo do marco autorizado socialmente de sexualidade, assim como suspeitar da infidelidade do parceiro. Em outros termos, a incapacidade de expressar a verdade tem implicações fortes sob a possibilidade de negociação do uso do preservativo.

Relações de gênero: a incapacidade de qualquer jovem para negociar sexo seguro, numa prática de sexo recompensado ou “noivado”, está intimamente ligada à construção de gênero. A diferença econômica entre a mulher e o noivo, especificamente numa sociedade marcada pela dominação masculina, outorga maior poder ao homem sobre a mulher, gerando um contexto de subordinação. Nesse contexto, a mulher limita-se apenas a propor o uso do preservativo e sente-se obrigada a aceitar a decisão masculina de usar ou não, embora a mulher esteja ciente dos meios de prevenção e transmissão das DSTs.

Interesse por manter os benefícios obtidos: embora tendo evidências da infidelidade do parceiro, e o risco da transmissão de alguma DST ou do HIV, as mesmas podem ser desconsideradas, no intuito de manter os benefícios da relação, como emprego ou acesso a um nível de vida melhor. Situação que limita a negociação do uso do preservativo, uma vez que poderia pôr em evidência a infidelidade, valor essencial no noivado.

Estigma: com o objetivo de não serem estigmatizadas, as mulheres não encontram outra solução, que desenvolver a prática de sexo compensado dentro do noivado. Mas, por ser uma relação pouco propícia para usar o preservativo, as mulheres, embora com noção do contágio das DSTs, admitem o risco como o preço para poder receber benefícios econômicos ou sociais, os quais ajudam a manter e elevar o nível de vida.

Valores sociais: os valores que embasam o noivado são fortalecidos pelas virtudes femininas socialmente aceitas, como a obediência, passividade, que dificultam negociar, impor pontos de vista ou adotar condutas seguras, incluindo decidir quando tiver relação sexual. Algumas mulheres afirmaram que os noivos negaram-se a usar algum tipo de anticonceptivo, incluindo o preservativo.

* modalidade de prática baseada no intercâmbio de favores sexuais por benefícios sociais ou materiais, que nesta pesquisa foi nomeada de “sexo recompensado”.

1) Os resultados têm relação com os elementos de vulnerabilidade à infecção pelo HIV?

Sim (x) Não ()

2) Os resultados estão baseados nos dados coletados?

Sim (x) Não ()

3) O estudo cumpre com os critérios de inclusão?

Sim (x) Não ()

APÊNDICE A

FICHA A

VULNERABILIDADE FEMININA AO HIV: METASSÍNTESE

FICHA PARA SELECIONAR AS PUBLICAÇÕES, SEGUNDO OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Código do relatório: **IW-41**
 Tipo de publicação: Artigo (x) Artigo de revisão () Dissertação () Tese ()
 Tese de Livre-Docência ()
 Tipo de estudo: Quantitativo () Qualitativo (x)
 Afiliação do 1º autor (a): NE
 Ano em que o estudo foi desenvolvido: 1990-2005
 Localização geográfica do estudo: Continente africano (análise geral)
 Idioma: Inglês
 Características da população:
 - Mulher soropositiva ao HIV () - Mulher soronegativa ao HIV () NA
 - Idade média: NA - Faixa etária: NA

OBJETIVO DA PESQUISA:

- Analisar o relacionamento complexo entre o declínio da economia da África e a vulnerabilidade do continente para HIV/AIDS e discutir como essas temáticas são parte de um pacote dentro do mesmo problema.

RESULTADOS:

Nas duas décadas passadas, os governos africanos tiveram de adotar programas de ajustes estruturais, como pré-requisito crucial a receber empréstimo vitalmente necessário das Instituições Financeiras Internacionais, particularmente do Fundo Monetário Internacional e do Banco Mundial. No entanto, esses programas não conseguiram os objetivos de estabilidade e crescimento econômico, mas conseguiram impactos devastadores, ao criarem ambientes favoráveis para a transmissão do HIV/AIDS:

Política de redução do gasto governamental implicou:

- a) **Introdução de pagamento do usuário para serviços de saúde. Essa medida afetou:**
Impacto doméstico: redução do acesso aos serviços de saúde e declínio da saúde em geral da população.
Impacto na propagação do HIV/AIDS: redução da informação sobre temas de saúde, incluindo HIV/AIDS; redução de tratamento para as DSTs.
- b) **Introdução de pagamento do usuário para educação:**
Impacto doméstico: particularmente as mulheres foram retiradas das escolas; marginalização de uma ampla parcela da população ao setor informal, como a prostituição com o risco associado de educação reduzida.
Impacto na propagação do HIV/AIDS: incremento da transmissão, dada a deficiente educação, particularmente a vulnerabilidade das mulheres devido à falta de educação formal.
- c) **Diminuição do gasto em educação e saúde:**
Impacto doméstico: diminuição do gasto em saúde e educação, redução da qualidade e quantidade das instalações, falta de equipamento, menos equipes capacitadas.
Impacto na propagação do HIV/AIDS: vulnerabilidade incrementada para a infecção.
- d) **Excedente de setor público e congelar os salários:**
Impacto doméstico: desemprego, deficiência da equipe que gerou a redução na qualidade e quantidade de educação e serviços de saúde.
Impacto na propagação do HIV/AIDS: vulnerabilidade incrementada para a infecção.
- e) **Remoção dos subsídios de preços dos alimentos, combustível e outras necessidades básicas:**
Impacto doméstico: redução da qualidade e quantidade dos alimentos.

Impacto na propagação do HIV/AIDS: incremento nas atividades do setor informal com incremento do risco à infecção pelo HIV.

f) Redução dos serviços civis:

Impacto doméstico: redução da capacidade administrativa.

Impacto na propagação do HIV/AIDS: governantes menos capacitados para promover a prevenção da aids.

Política que visou a incrementar as ganâncias de exportação:

a) Promover amplos projetos dirigidos à exportação:

Impacto doméstico: trabalhadores migram para trabalhar fora de casa, diminuição da produção do alimento, migração urbana da população rural.

Impacto na propagação do HIV/AIDS: os trabalhadores são mais prováveis de se comprometerem em comportamento de risco de HIV/AIDS e propagação do HIV por meio da migração, infectando as populações das comunidades locais.

Pobreza:

A pobreza, associada à diferença no acesso à educação e economia entre o homem e a mulher, gera que as famílias chefiadas por mulheres sejam as mais pobres, em comparação com as famílias dirigidas por homens. Situação que obriga as mulheres, freqüentemente, a se comprometerem com transação comercial de sexo e em ocasiões de trabalho sexual, como estratégia de sobrevivência para ela mesma e seus dependentes.

1) Os resultados têm relação com os elementos de vulnerabilidade à infecção pelo HIV?

Sim (x) Não ()

2) Os resultados estão baseados nos dados coletados?

Sim (x) Não ()

3) O estudo cumpre com os critérios de inclusão?

Sim (x) Não ()

APÊNDICE A

FICHA A

VULNERABILIDADE FEMININA AO HIV: METASSÍNTESE

FICHA PARA SELECIONAR AS PUBLICAÇÕES, SEGUNDO OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Código do relatório: **IW-42**
 Tipo de publicação: Artigo (x) Artigo de revisão () Dissertação () Tese ()
 Tese de Livre-Docência ()
 Tipo de estudo: Quantitativo () Qualitativo (x)
 Afiliação do 1º autor (a): NE
 Ano em que o estudo foi desenvolvido: NE
 Localização geográfica do estudo: Maláui. África
 Idioma: Inglês
 Características da população:
 - Mulher soropositiva ao HIV() - Mulher soronegativa ao HIV() NE
 - Idade média: NA - Faixa etária: NA

OBJETIVO DA PESQUISA:

- Analisar as circunstâncias que influenciam os comportamentos de risco para HIV/AIDS.
- Examinar a resposta perante a fome e HIV/AIDS.

RESULTADOS:

Em algumas comunidades de Maláui, os aspectos culturais e o enfrentamento das mulheres perante o empobrecimento familiar e perante a fome as tornam mais vulneráveis ao HIV/AIDS:

- A combinação da naturalidade do sexo no dia-a-dia com a necessidade de migração masculina por contratos laborais têm introduzido a idéia de que o homem não só deseja mas também necessita ter uma fonte de sexo extramarital, quando estão longe de suas esposas por algum período longo de tempo.
- O uso de preservativo é recusado pela maioria dos adultos rurais, por representar imoralidade ou anormalidade.
- A maioria das pessoas tem sexo pré e extraconjugal na vila, baseado em uma velha cultura que considera como uma atividade normal.
- Existe um velho sistema que permite a homens ricos dormir com as mulheres dos homens pobres em troca de dinheiro. Situação que a mulher não recusa devido a sua pobreza.
- Os homens, dadas suas atividades de comércio e hábitos alcoólicos, freqüentavam bares para beber e ter relações sexuais com profissionais do sexo. Quando os homens recebem o dinheiro de suas atividades comerciais, ficam fora da vila convivendo com várias mulheres em troca de dinheiro. Situações que aumentaram a vulnerabilidade ao HIV dos homens e suas esposas, quando voltavam a seus lares e mantinham relações sexuais com elas.
- O intercâmbio sexual feminino por dinheiro ou comida foi uma atividade sexual cada vez mais incorporada na comunidade, dada a fome e o empobrecimento das famílias.

Identificou-se um círculo vicioso: a pobreza causa fome, a fome leva as mulheres a se comprometerem com encontros sexuais não protegidos por dinheiro ou comida, esses encontros aumentam a vulnerabilidade ao HIV/AIDS, a mortalidade por aids causa incremento do número de órfãos, situação que dirige novamente à fome.

1) Os resultados têm relação com os elementos de vulnerabilidade à infecção pelo HIV?

Sim (x) Não ()

2) Os resultados estão baseados nos dados coletados?

Sim (x) Não ()

3) O estudo cumpre com os critérios de inclusão?

Sim (x) Não ()

APÊNDICE A

FICHA A

VULNERABILIDADE FEMININA AO HIV: METASSÍNTESE

FICHA PARA SELECIONAR AS PUBLICAÇÕES, SEGUNDO OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Código do relatório: **IW-43**
 Tipo de publicação: Artigo (x) Artigo de revisão () Dissertação () Tese ()
 Tese de Livre-Docência ()
 Tipo de estudo: Quantitativo () Qualitativo (x)
 Afiliação do 1º autor (a): NE
 Ano em que o estudo foi desenvolvido: NE
 Localização geográfica do estudo: Maláui. África
 Idioma: Inglês
 Características da população:
 - Mulher soropositiva ao HIV() - Mulher soronegativa ao HIV() NE
 - Idade média: NA - Faixa etária: NA

OBJETIVO DA PESQUISA:

- Examinar e documentar o impacto da violência sexual na transmissão do HIV/AIDS e nos direitos de saúde sexual e reprodutiva da mulher.

RESULTADOS:

As mulheres de Maláui estão situadas em um ambiente sociolegal e político-econômico que sustenta as relações desiguais do poder de gênero, e tolerante na perpetuação da violência às mulheres, deixando as mulheres **mais vulneráveis à infecção pelo HIV** e à violação dos direitos de saúde sexual e reprodutiva:

O domínio masculino da atividade da pesca e falta de dinheiro das mulheres as tornaram vulneráveis ao HIV:

- Pela falta de dinheiro para comprar peixe, foi comum e natural que a mulher comercialize sexo com os pescadores ou homens compradores de peixe, como meio para obter o mesmo.

A competição entre as mulheres por trabalho, que é dominado por homens, aumenta a vulnerabilidade ao HIV:

- Os homens que compram peixes dos pescadores precisam transportá-los dos botes aos lugares para serem secos, trabalho considerado como feminino e é remunerado. Por isto, quanto mais peixe transportado, maior pagamento a mulher obterá. Mas, dado o desemprego feminino e a falta de dinheiro, existe uma competição entre as mulheres para assegurar esse trabalho, o que as obriga a trocar sexo com os compradores de pescado, os mesmos que têm múltiplas parceiras, para poder oferecer a oportunidade de trabalhar transportando o pescado.

A construção sociocultural de sexo e sexualidade torna a mulher vulnerável ao HIV:

- Sexo e sexualidade são percebidos e construídos de uma forma que tiram as mulheres de sua autonomia corporal, fazendo desse modo com que se tornem mais vulneráveis às experiências relacionadas com violência sexual e à infecção pelo HIV.

A construção de masculinidade afeta a vulnerabilidade da mulher ao HIV:

- A noção de masculinidade é refletida no poder de ter sexo como e quando o homem desejar, assim como, por meio das aventuras sexuais e múltiplas parceiras, que são o símbolo do nível de masculinidade e é medido pelos amigos do homem.

Recusa ao uso do preservativo:

- A mulher normalmente não pode negociar sexo protegido, dado o controle do homem em relação ao uso do preservativo.
- Quando a mulher sugere o uso do preservativo, ela pode ser acusada de infidelidade pelo parceiro e estar sujeita à violência.

A dependência econômica nos homens afeta a autonomia sexual da mulher e é um fator que torna a mulher vulnerável ao HIV:

- Pelo fato de a mulher ter iniquidades de acesso aos recursos, elas são muito constrangidas na negociação do uso do preservativo, dado o temor de serem abandonadas pelo esposo.

Sexo forçado incrementa diretamente a vulnerabilidade ao HIV das mulheres:

- O domínio masculino sob o relacionamento sexual é prevalente em todo o distrito, e está relacionado com a transmissão do HIV pelo sexo forçado e falta de uso de preservativo, por tal, as mulheres são freqüentemente ineficientes na autoproteção contra o vírus HIV.
- Dado o domínio masculino, algumas mulheres vêem o sexo como uma obrigação conjugal.
- Alguns homens obrigam as mulheres a ter relações sexuais para ficarem grávidas e provar sua masculinidade.

1) Os resultados têm relação com os elementos de vulnerabilidade à infecção pelo HIV?

Sim (x) Não ()

2) Os resultados estão baseados nos dados coletados?

Sim (x) Não ()

3) O estudo cumpre com os critérios de inclusão?

Sim (x) Não ()

APÊNDICE A

FICHA A

VULNERABILIDADE FEMININA AO HIV: METASSÍNTESE

FICHA PARA SELECIONAR AS PUBLICAÇÕES, SEGUNDO OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Código do relatório: **IC-44**
 Tipo de publicação: Artigo (x) Artigo de revisão () Dissertação () Tese ()
 Tese de Livre-Docência ()
 Tipo de estudo: Quantitativo () Qualitativo (x)
 Afiliação do 1º autor (a): Enfermagem
 Ano em que o estudo foi desenvolvido: 1999
 Locação geográfica do estudo: Gana. África
 Idioma: Inglês
 Características da população:
 - Mulher soropositiva ao HIV(x) - Mulher soronegativa ao HIV()
 - Idade média: NE - Faixa etária: NE

OBJETIVO DA PESQUISA:

- Explorar as experiências de vida das mulheres soropositivas ao HIV de Gana e documentar as reflexões dos participantes sobre prevenção de HIV em Gana.

RESULTADOS:

Existem fatores sociais, culturais, econômicos e políticos, durante o ciclo de vida, que aumentaram a vulnerabilidade da mulher de Gana para se infectar pelo HIV:

A falta de educação e capacitação técnica das mulheres gerou dependência econômica nos homens:

- A maioria das mulheres não teve educação formal completa (média de 6 anos de estudo), devido ao custo da educação e à pobreza da família gerada por numerosos membros da mesma, doença, morte de um ou de ambos os pais ou divórcio dos pais. Perante essa situação, os pais priorizaram a educação dos filhos homens e excluía as filhas do acesso à educação. Nessa situação, as filhas tiveram de trabalhar para ajudar com os gastos da família.

Algumas mulheres foram forçadas a trabalhar como profissionais do sexo:

- Dados os escassos recursos econômicos da família, algumas mulheres foram colocadas para adoção, onde, foram obrigadas a trabalhar como profissionais do sexo por exigência dos pais adotivos.

Infidelidade dos esposos:

- No entanto algumas mulheres desconheciam a infidelidade dos esposos, outras estavam cientes das mesmas, mas aceitavam por acreditar que não poderiam fazer nada para mudar essa situação e por depender economicamente deles.

Aspectos culturais em relação ao preservativo:

- As mulheres acreditaram que o preservativo é uma importante barreira de proteção contra a infecção pelo HIV, embora tivessem importantes dificuldades para usá-lo com o parceiro, uma vez que o uso esteve relacionado com DST/HIV, comportamento imoral ou promiscuidade, mas não com relacionamentos maritais. Por isto, as mulheres não propunham o uso do mesmo por temor de serem acusadas de promíscuas ou de possuir alguma DST, como o HIV.

Aspectos religiosos em relação ao uso do preservativo:

- A maioria das mulheres sentiu-se oprimida pelo cristianismo para não usar o preservativo, uma vez que a Bíblia incentivava a procriação.

Alto valor da fertilidade na sociedade:

- O alto valor da fertilidade influenciou o não-uso do preservativo no relacionamento.
- Muitas das mulheres que não conseguiram engravidar foram abandonadas pelo namorado ou esposo. Dada a importância social da gravidez, a mulher procurou outro parceiro e tentou engravidar para demonstrar que ela não é a causa da infertilidade, tornando-se mais vulnerável ao HIV.

1) Os resultados têm relação com os elementos de vulnerabilidade à infecção pelo HIV?

Sim (x) Não ()

2) Os resultados estão baseados nos dados coletados?

Sim (x) Não ()

3) O estudo cumpre com os critérios de inclusão?

Sim (x) Não ()

APÊNDICE A

FICHA A

VULNERABILIDADE FEMININA AO HIV: METASSÍNTESE

FICHA PARA SELECIONAR AS PUBLICAÇÕES, SEGUNDO OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Código do relatório: **IB-45**
 Tipo de publicação: Artigo () Artigo de revisão () Dissertação () Tese (x)
 Tese de Livre-Docência ()
 Tipo de estudo: Quantitativo () Qualitativo (x)
 Afiliação do 1º autor (a): Psicólogo
 Ano em que o estudo foi desenvolvido: 2005-2006
 Localização geográfica do estudo: Moçambique (Maputo). África
 Idioma: Português
 Características da população:
 - Mulher soropositiva ao HIV(x) - Mulher soronegativa ao HIV()
 - Idade: Média: 19 anos - Faixa etária: NE

OBJETIVO DA PESQUISA:

- Investigar os fatores de vulnerabilidade relacionados aos modos de exposição aos riscos (em três dimensões conceituais: individuais, institucionais e sociais) entre os adolescentes e jovens soropositivos participantes do grupo de convivência dos “Serviços amigos de adolescentes e jovens”, do Hospital Central de Maputo.

RESULTADOS:

A associação dos fatores programáticos, sociais e comportamentais configurou o contexto de vulnerabilidade para a infecção pelo HIV das adolescentes desde a primeira relação sexual:

Contexto da primeira relação sexual:

- As mulheres não se lembraram de usar o preservativo na primeira relação sexual, dada a falta de familiaridade com o mesmo e pela primeira relação ter acontecido inesperadamente e em lugares públicos.

Relações de gênero:

O desequilíbrio de poder nas relações entre o homem e a mulher é construído por uma interação complexa de forças sociais, culturais e econômicas, colocando a mulher em uma situação desprivilegiada frente ao risco de se infectar pelo HIV.

- As adolescentes manifestaram forte pressão e submissão pelos namorados para a iniciação sexual, a qual aconteceu sem proteção por falta de preparação e informação nesse momento.
- A dificuldade das mulheres em usar o preservativo de forma regular nas seguintes relações sexuais esteve baseada na dificuldade de negociação com o parceiro, preocupação de que a insistência pudesse prejudicar o relacionamento e conseqüentemente submissão à bondade do parceiro.

Políticas de saúde:

- Os programas parecem desconsiderar o impulso e desejo sexual dos adolescentes, na medida em que não educam para a prática de sexo seguro, na iniciação sexual, uma vez que a educação dirigida para esta população é baseada na abstinência sexual.
- As estratégias de prevenção do HIV em Moçambique incentivam as intervenções e materiais educativos que divulgam o preservativo como método eficaz de prevenção do HIV e gravidez não planejada, assim como a oferta do insumo deve ser dirigida somente aos jovens, com idade acima de 15 anos e que relatam ter vida sexual ativa.

Crenças do uso do preservativo:

- Dada a alta valorização do matrimônio e valorização social da mulher segundo o número de filhos, em alguns casos, o uso eventual do preservativo esteve relacionado ao entendimento de que o mesmo é um indicativo de que o parceiro considera a mulher promíscua, infiel, portadora de alguma DST ou não merecedora de ser mãe de um filho dele.

- Outra justificativa para o uso esporádico do preservativo, presente de forma significativa nos relatos, esteve associada à disponibilidade do insumo, na hora da relação, o lugar onde ela acontece ou medo de alguém flagrá-los, uma vez que colocar a camisinha chama muita atenção, sobretudo nos lugares públicos (local onde geralmente os encontros aconteciam).

Percepção do risco:

- Outro motivo para o uso esporádico do preservativo foi o fato de que as mulheres não se sentiam em risco para a infecção pelo HIV, principalmente por confiar nos parceiros, não se identificar nos grupos de risco, confiar na pouca vida sexual do parceiro ou confiar na habilidade do parceiro para se proteger do HIV em outros relacionamentos.

1) Os resultados têm relação com os elementos de vulnerabilidade à infecção pelo HIV?

Sim (x) Não ()

2) Os resultados estão baseados nos dados coletados?

Sim (x) Não ()

3) O estudo cumpre com os critérios de inclusão?

Sim (x) Não ()

APÊNDICE A

FICHA A

VULNERABILIDADE FEMININA AO HIV: METASSÍNTESE

FICHA PARA SELECIONAR AS PUBLICAÇÕES, SEGUNDO OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Código do relatório: **IB-46**
 Tipo de publicação: Artigo () Artigo de revisão () Dissertação (x) Tese ()
 Tese de Livre-Docência ()
 Tipo de estudo: Quantitativo () Qualitativo (x)
 Afiliação do 1º autor (a): Enfermagem
 Ano em que o estudo foi desenvolvido: 2003-2004
 Localização geográfica do estudo: Ribeirão Preto, São Paulo. Brasil.
 Idioma: Português
 Características da população:
 - Mulher soropositiva ao HIV(x) - Mulher soronegativa ao HIV(x)
 - Idade: Média: NE - Faixa etária: 30-51 anos.

OBJETIVO DA PESQUISA:

- Identificar as estratégias adotadas para a prevenção do HIV.
- Identificar fatores que interferem na adesão a estratégias preventivas da transmissão sexual do HIV.

RESULTADOS:

Contribuíram à infecção pelo HIV, das mulheres soropositivas:

Percepção da vulnerabilidade

- A confiança no parceiro foi um fator determinante de vulnerabilidade da mulher para se infectar com o HIV, uma vez que as mulheres não se perceberam em risco para a aquisição do HIV, pois mantinham uma relação estável e vínculo afetivo com o parceiro.
- A percepção de que a infecção pelo HIV é uma doença do outro ou de “grupos de risco” fez com que as mulheres a percebessem distantes de seus relacionamentos, considerando-a como um “perigo distante”, por tal sem risco de infectá-la.

Contribuíram para aumentar a vulnerabilidade da mulher soronegativa com parceiro soropositivo ao HIV:

Vulnerabilidade programática

- Evidenciou-se inexistência de atendimento específico para casais sorodiscordantes, nem ações preventivas contínuas para os mesmos, o que aumenta a vulnerabilidade à infecção pelo HIV da mulher soronegativa com parceiro soropositivo.

Crença de não-transmissibilidade

- Um dos fatores que impedem a adoção de estratégias preventivas na transmissão sexual do HIV, nos relacionamentos onde a mulher é soronegativa, é a crença da não-transmissibilidade do HIV, baseado em que a terapia antiretroviral e a carga viral indetectável impedem o risco de transmitir o vírus.

Crença religiosa

- A crença religiosa interfere negativamente com a prevenção do HIV, baseado na crença da impossibilidade da transmissão do HIV pelo contato sexual com a parceira.

Dúvidas a respeito da transmissão

- Os homens apresentaram dúvidas a respeito da transmissão do HIV, não entendendo por que em uma convivência de longo tempo, mantendo relações sexuais desprotegidas, a parceira soronegativa não adquiriu o HIV, situação que desmotiva adotar medidas preventivas.

Uso do preservativo

- Um dos fatores que aumentou a vulnerabilidade da mulher ao HIV foi o uso de método anticonceptivo que não protege contra as DSTs/HIV e somado à baixa adesão ao preservativo, antes de conhecerem a soropositividade do parceiro.

1) Os resultados têm relação com os elementos de vulnerabilidade à infecção pelo HIV?

Sim () Não ()

2) Os resultados estão baseados nos dados coletados?

Sim (x) Não ()

3) O estudo cumpre com os critérios de inclusão?

Sim (x) Não ()

APÊNDICE A

FICHA A

VULNERABILIDADE FEMININA AO HIV: METASSÍNTESE

FICHA PARA SELECIONAR AS PUBLICAÇÕES, SEGUNDO OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Código do relatório: **IB-47**
 Tipo de publicação: Artigo () Artigo de revisão () Dissertação (x) Tese ()
 Tese de Livre-Docência ()
 Tipo de estudo: Quantitativo () Qualitativo (x)
 Afiliação do 1º autor (a): Saúde Coletiva
 Ano em que o estudo foi desenvolvido: 2006
 Localização geográfica do estudo: Teresina, Piauí. Brasil
 Idioma: Português
 Características da população:
 - Mulher soropositiva ao HIV() - Mulher soronegativa ao HIV() NE
 - Idade média: NE - Faixa etária: 20-49 anos

OBJETIVO DA PESQUISA:

- Identificar o nível de conhecimento das mulheres sobre o HIV/AIDS, no que diz respeito aos meios de transmissão, às medidas de intervenção e a seus fatores intervenientes.
- Verificar de que modo as questões de gênero, vivenciada na relação com o parceiro, interferem na vulnerabilidade ao HIV/AIDS.
- Identificar a abordagem de gênero utilizada pelos profissionais do Programa Saúde da Família nas estratégias educativas para a prevenção do HIV/AIDS com as mulheres.

RESULTADOS:

Percepções das medidas de prevenção

- Verificou-se que as mulheres associaram fortemente a prevenção do HIV com a confiança/desconfiança no comportamento sexual do parceiro, acreditando na redução do número de parceiros como método preventivo.

Relações de gênero

- As mulheres expressaram desconfiança tolerada em relação ao comportamento sexual do parceiro, o que reflete a desigualdade presente na construção sociocultural dos papéis masculino e feminino, amparados no sistema de gênero, uma vez que algumas mulheres expressaram desconfiar dos esposos pelo fato de serem homens, e considerar que todos os homens são iguais na infidelidade. Ou estar cientes de que em alguns momentos da vida o parceiro já teve relacionamentos passageiros.

Acesso aos meios de informação

- Dentre as principais fontes de informação que as mulheres tiveram sobre o HIV/AIDS, as mulheres reportaram a TV como a fonte mais referida, seguida da escola e por último os centros de saúde, sendo a atuação deles relacionada à distribuição de materiais educativos, às orientações pelos profissionais de saúde em conversas individuais durante os atendimentos e pelas agentes comunitárias de saúde nas visitas domiciliares.

- Algumas mulheres relataram não ter tido nenhuma informação sobre HIV/AIDS no centro de saúde do bairro ou relataram não conhecer o trabalho do PSF, em relação à prevenção do HIV/AIDS.

Ações de prevenção e promoção das instituições de saúde

- Foi evidente a ausência de estratégias educativas realizadas de forma contínua e sistemática para a prevenção do HIV/AIDS por parte do PSF, limitando as ações ao período carnavalesco e à Campanha do Dia Mundial de Luta contra a aids.

Direcionamento das ações na saúde reprodutiva e não na saúde da mulher

- Dado o enfoque materno-infantil predominante no atendimento do PSF, mesmo os profissionais integrantes de equipes que utilizam as palestras para a prevenção do HIV/AIDS dirigem suas intervenções particularmente a gestantes, pois o objetivo maior é proteger a saúde do bebê.

Vínculo das mulheres com os serviços de saúde

- Ausência de integração entre a comunidade e a equipe de SF, o que se evidencia na falha de adesão ao programa, nas atividades educativas.

Concepção de risco ao HIV dos profissionais de saúde

- Observou-se inadequada consulta de aconselhamento por parte da profissional de saúde sobre a situação de vulnerabilidade da mulher, dado que não questionou o uso do preservativo, relação conjugal em relação ao uso do preservativo.
- Evidenciou-se que entre os profissionais de saúde existe a idéia de que a mulher em relação estável com parceiro único, especificamente entre as casadas, não há necessidade de uso de preservativo.

Uso do preservativo

- Em alguns casos, o uso do preservativo foi utilizado apenas quando a comportamento do parceiro é definido como menos confiável, ao longo do tempo quando retorna a confiança no parceiro, o uso do preservativo é abandonado.
- As mulheres demonstraram ter sérias dificuldades para iniciar ou manter o diálogo com o parceiro sobre a prevenção do HIV, principalmente quando insistem no uso do preservativo para se proteger das DSTs, gerando uso descontínuo do preservativo em alguns casos ou gera desconfiança do comportamento sexual feminino.
- Outro aspecto que contribuiu para o não-uso do preservativo foram os valores negativos atribuídos ao uso do preservativo masculino e feminino, tanto pelas mulheres quanto pelos homens.

Confiança no parceiro

- O grau de confiabilidade do comportamento sexual do parceiro foi citado como um dos obstáculos para a prevenção, baseado na confiança mútua.
- No caso em que a mulher desconfia do homem, em relação a relacionamentos extraconjugais, ela confia que o homem se protege fora, e em casa, com a mulher, não existe a necessidade.

Abordagem de gênero pelos profissionais

- As relações de gênero não foram abordadas pelos profissionais de saúde, dada a formação biologicista que dificultou aos profissionais de saúde, especialmente os do PSF, desenvolver o trabalho de prevenção que considere as relações de gênero.

1) Os resultados têm relação com os elementos de vulnerabilidade à infecção pelo HIV?

Sim (x) Não ()

2) Os resultados estão baseados nos dados coletados?

Sim (x) Não ()

3) O estudo cumpre com os critérios de inclusão?

Sim (x) Não ()

APÊNDICE A

FICHA A

VULNERABILIDADE FEMININA AO HIV: METASSÍNTESE

FICHA PARA SELECIONAR AS PUBLICAÇÕES, SEGUNDO OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Código do relatório: **ID-48**
 Tipo de publicação: Artigo () Artigo de revisão () Dissertação () Tese (x)
 Tese de Livre-Docência ()
 Tipo de estudo: Quantitativo () Qualitativo (x)
 Afiliação do 1º autor (a): Enfermagem
 Ano em que o estudo foi desenvolvido: NE
 Localização geográfica do estudo: São Paulo, São Paulo. Brasil
 Idioma: Português
 Características da população:
 - Mulher soropositiva ao HIV(x) - Mulher soronegativa ao HIV()
 - Idade média: 28 anos - Faixa etária: 19-37anos.

OBJETIVO DA PESQUISA:

- Conhecer as concepções sobre a aids, de mulheres grávidas soropositivas para o HIV e de seus companheiros, buscando sua articulação com classe social, etnia e gênero, reveladas a partir das representações sociais encerradas em seus discursos.
- Interpretar as concepções das mulheres grávidas soropositivas e de seus companheiros, tomando por base os conceitos da Teoria das Representações Sociais, e utilizando gênero como categoria analítica.

RESULTADOS:

Percepção da vulnerabilidade

- A maioria das mulheres nunca pensou em se contaminar com o vírus, uma vez que elas acreditavam que a doença era do “outro”, por tal, nunca se preocuparam em se prevenir, e nunca usaram preservativo.

Confiança no parceiro

- As mulheres que adquiriram o HIV pela via sexual foi a partir do comportamento sexual do parceiro, os quais tinham relacionamentos extraconjugais.

Naturalização das relações extraconjugais do parceiro

- Em alguns casos, as mulheres foram cúmplices do comportamento extraconjugal do parceiro, uma vez que as mulheres tinham conhecimento de tal fato e certeza do dito comportamento.

Não revelar o resultado soropositivo ao HIV por parte dos homens

- O fato de retardar ou omitir o resultado de soropositividade ao HIV, por parte dos homens, tem aumentado a vulnerabilidade das mulheres.

1) Os resultados têm relação com os elementos de vulnerabilidade à infecção pelo HIV?

Sim (x) Não ()

2) Os resultados estão baseados nos dados coletados?

Sim (x) Não ()

3) O estudo cumpre com os critérios de inclusão?

Sim (x) Não ()

APÊNDICE A

FICHA A

VULNERABILIDADE FEMININA AO HIV: METASSÍNTESE

FICHA PARA SELECIONAR AS PUBLICAÇÕES, SEGUNDO OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Código do relatório: **IB-49**
 Tipo de publicação: Artigo () Artigo de revisão () Dissertação (x) Tese ()
 Tese de Livre-Docência ()
 Tipo de estudo: Quantitativo () Qualitativo (x)
 Afiliação do 1º autor (a): Saúde Pública
 Ano em que o estudo foi desenvolvido: 2003
 Localização geográfica do estudo: Ribeirão Preto, São Paulo. Brasil.
 Idioma: Português
 Características da população:
 - Mulher soropositiva ao HIV () - Mulher soronegativa ao HIV () NA
 - Idade média: NA - Faixa etária: NA

OBJETIVO DA PESQUISA:

- Analisar a prática do aconselhamento para a realização da sorologia anti-HIV no pré-natal da Rede Pública Municipal de Ribeirão Preto-SP.

RESULTADOS:

O aconselhamento conforme preconizado pela Coordenação Nacional de DST/AIDS configura-se dentro da área do conhecimento científico como uma estratégia ideal, porém não factível na prática, em sua totalidade, frente ao modelo assistencial vigente.

As concepções coletivas, como as de saúde e doença, aids, sexualidade, relações de gênero, se expressam dificultando as atividades de promoção e prevenção, evidenciando dificuldades de compreensão, na prática médica, do espaço da prevenção como lugar de relevância.

O aconselhamento para a sorologia anti-HIV, na visão de alguns profissionais de saúde, deve ser para pessoas que correspondam a determinados estereótipos, isto é, segundo a aparência, papéis sexuais, cor e idade das pessoas.

Muitos profissionais têm dificuldade em utilizar uma linguagem não técnica, de fácil compreensão para seus clientes, fazendo com que este fato distancie ainda mais as possibilidades de vínculo.

O aconselhamento no acompanhamento pré-natal, na perspectiva dos enfermeiros:

- O aconselhamento é considerado como um ato desagradável, tanto para a mulher que está sujeita a realizar o teste anti-HIV quanto para o profissional que deve estar realizando o aconselhamento. Por isto, é considerado apenas para amenizar o ato da realização do exame em si. Os enfermeiros manifestaram que geralmente não aconselharam e não discutem situações de risco.

O aconselhamento no acompanhamento pré-natal, na perspectiva dos médicos:

- Os médicos apresentaram um discurso em relação ao aconselhamento de caráter normatizador, de pouco envolvimento com a complexidade temática. Uma vez que manifestavam partir da identificação da paciente de risco, para realizar o aconselhamento sobre como evitar comportamentos de risco ou fatores de exposição ao vírus, independente de ser soropositivo ou soronegativo ao HIV. Ou a orientação estar limitada a informar como realizar o diagnóstico e as opções de tratamento.
- A atenção à da saúde da mulher é oferecida de forma fragilizada, a vulnerabilidade da mulher é subestimada, uma vez que as ações de prevenção são vistas apenas sobre a ótica da transmissão

materno-infantil do HIV, esquecendo que é “mulher”, tratando a mulher como meio e não como um ser integral, também necessita assistência e prevenção.

- Alguns médicos manifestaram não oferecer aconselhamento antes do teste anti-HIV.
- As falas evidenciaram abordagens superficiais e insuficientes para quebrar a cadeia de transmissão.
- Os profissionais de saúde apresentam limitações e impotências, uma vez que devolvem à paciente a responsabilidade sobre sua saúde, enfatizando a necessidade de adotar comportamentos mais desejáveis, como o uso sistemático e correto do preservativo.
- Os profissionais relataram sentimento de medo para os nomeados “grupos de risco” como usuários de drogas, o que imobiliza os profissionais diante do enfrentamento da epidemia.

Instalações dos serviços de saúde

- O aspecto físico não é condizente com o que é preconizado para a prática do aconselhamento, uma vez que a grande maioria das unidades de saúde não possui sala específica para sala de enfermagem, e o atendimento acontece sem privacidade.

1) Os resultados têm relação com os elementos de vulnerabilidade à infecção pelo HIV?

Sim (x) Não ()

2) Os resultados estão baseados nos dados coletados?

Sim (x) Não ()

3) O estudo cumpre com os critérios de inclusão?

Sim (x) Não ()

APÊNDICE A

FICHA A

VULNERABILIDADE FEMININA AO HIV: METASSÍNTESE

FICHA PARA SELECIONAR AS PUBLICAÇÕES, SEGUNDO OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Código do relatório: **IB-50**
 Tipo de publicação: Artigo () Artigo de revisão () Dissertação (x) Tese ()
 Tese de Livre-Docência ()
 Tipo de estudo: Quantitativo () Qualitativo (x)
 Afiliação do 1º autor (a): Ciências da Comunicação
 Ano em que o estudo foi desenvolvido: entrevistas com médicos: NE, campanhas 1987-1996, entrevistas às mulheres soropositivas ao HIV: NE.
 Locação geográfica do estudo: México e Brasil
 Idioma: Português
 Características da população:
 - Mulher soropositiva ao HIV(x) - Mulher soronegativa ao HIV()
 - Idade média: NE - Faixa etária: 20-48 anos
 Profissionais de saúde/ Campanhas de prevenção/mulheres soropositivas mexicanas e brasileiras.

OBJETIVO DA PESQUISA:

- Identificar os aspectos culturais que tornam a população feminina vulnerável à aids, no Brasil e no México.
- Identificar os limites dos discursos médicos, jornalísticos e das campanhas de prevenção diante dessa vulnerabilidade.

RESULTADOS:

Motivação para se formar como médico

- A maioria dos médicos manifestou que optou pela medicina pelo mito de cura, e outros manifestaram que foi por influência dos familiares, admiração aos médicos e rentabilidade.

Percepção da problemática da feminização da epidemia pelos profissionais de saúde

- Os médicos afirmaram que a problemática de HIV nas mulheres acontece pela fragilidade feminina no relacionamento e problema de saúde pública, ou consequência do bissexualismo masculino.

Percepção das campanhas de prevenção

- Os médicos avaliavam as campanhas de prevenção do HIV como fracas, não ajudam a mudar comportamento ou enfatizam usar preservativo.

Percepção dos médicos em relação à aids

- Embora todos os médicos concordaram que a aids é uma doença social, alguns médicos acharam que a mesma exterioriza hábitos e costumes. Outros manifestaram que a aids é social como todas as doenças e que a mesma atinge a todos.

Oferecimento do teste anti-HIV

- Os médicos afirmaram que, quando pedem o teste para HIV, fazem diferença entre homens e mulheres, ainda afirmam que privilegiam as mulheres gestantes.

Papel dos profissionais de saúde

- A maioria dos médicos manifestou que o seu papel como médico em relação à epidemia do HIV/AIDS é de prevenção; outros citaram que é diminuir o preconceito, rediscutir a ética e mudar a relação tradicional com o paciente.

Campanhas de prevenção

- Evidenciou-se ausência de campanha específica para mulheres no México e existência de apenas uma no Brasil, mostrando o quão fortemente os próprios órgãos governamentais introduziram a

idéia de grupos de risco. Quando se tentou mostrar que as mulheres eram vítimas passíveis de contaminação, as campanhas o fizeram de forma muito genérica, dirigindo-se a todas, mas sem atingir a nenhuma. Na campanha brasileira “Quem ama se cuida” há um esforço de construção de público-alvo. Mas com quais elementos caracterizam-se esses personagens? Talvez daí advinha um dos motivos de baixo grau de persuasão da campanha.

- Em ambos os países, observou-se passividade diante da contaminação feminina, assim como, a oscilação e falta de continuidade das políticas de saúde pública que dependem de orçamentos reduzidos e do interesse governamental.
- No México, observou-se dificuldade de se construir um espaço para a informação sobre a aids, uma vez que liberais e conservadores enfrentavam-se acirradamente e não conseguem negociar. No Brasil, esse embate só ocorreu em uma campanha, mas a aceitação social foi maior.
- No caso do Brasil, evidenciou-se uma falta de avaliação e de planejamento das campanhas muito grandes.

Portadoras de HIV

Conhecimento sobre a aids

- Quase todas as mexicanas afirmaram que não possuíam nenhum conhecimento e idéia nenhuma sobre aids, antes de serem soropositivas ao HIV. Talvez os conflitos entre o Conselho Nacional de aids mexicano e a Igreja, a dificuldade de se falar o que era aids e quais as formas de transmissão podem ter contribuído para esse desconhecimento.
- Nenhuma brasileira manifestou não ter idéia do que seria a aids. Talvez porque o acesso à informação se deu, embora equivocadamente. As idéias de grupo de risco, de algo atribuído a homossexuais, de algo distante que nunca vai acontecer com a própria pessoa caracterizavam esses iniciais de mulheres que foram contaminadas na década de 1990, quando a pandemia já mostrava sua face.
- A maioria das entrevistadas manifestou que o uso de preservativo é um meio de prevenção e se lembrava de algumas campanhas como “quem ama cuida” ou “a aids vai te pegar”, e mais da metade das mexicanas não se lembravam de campanha nenhuma.
- Referente ao sentimento das mulheres brasileiras soropositivas em relação às campanhas de prevenção nacional, elas manifestaram indignação, pelas seguintes razões: as campanhas falam “use preservativo”, mas as mulheres manifestaram que quem não tem acesso ao mesmo não pode usar. Ou a campanha que transmitia a idéia de “quem se ama se cuida”, manifestando que aquela campanha estava dirigida a todas, porém a ninguém, uma vez que não se consegue aumentar a auto-estima apenas com palavras.

Percepção de risco das mulheres soropositivas ao HIV

- Todas as mulheres tiveram uma baixa percepção de risco, como se a transmissão da aids nunca pudesse acontecer com elas.

1) Os resultados têm relação com os elementos de vulnerabilidade à infecção pelo HIV?

Sim (x) Não ()

2) Os resultados estão baseados nos dados coletados?

Sim (x) Não ()

3) O estudo cumpre com os critérios de inclusão?

Sim (x) Não ()

APÊNDICE A

FICHA A

VULNERABILIDADE FEMININA AO HIV: METASSÍNTESE

FICHA PARA SELECIONAR AS PUBLICAÇÕES, SEGUNDO OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Código do relatório: **ID-51**
 Tipo de publicação: Artigo () Artigo de revisão () Dissertação (x) Tese ()
 Tese de Livre-Docência ()
 Tipo de estudo: Quantitativo () Qualitativo (x)
 Afiliação do 1º autor (a): Saúde Pública
 Ano em que o estudo foi desenvolvido: 1996
 Localização geográfica do estudo: São Paulo, São Paulo. Brasil.
 Idioma: Português
 Características da população:
 - Mulher soropositiva ao HIV() - Mulher soronegativa ao HIV() NE
 - Idade média: NA - Faixa etária: NA

OBJETIVO DA PESQUISA:

- Verificar de que forma o usuário tem acesso ao serviço do Centro de Aconselhamento e orientação de DST/AIDS, e neste como a informação se apresenta enquanto componente da prevenção.

RESULTADOS:

- Existe uma rede informal de divulgação do tipo de atendimento oferecido pelo Centro de Atenção e Aconselhamento em AIDS/DST, uma vez que os usuários manifestaram conhecer o serviço por meio do “boca a boca”.
- Existe falta de comunicação entre os serviços públicos, o que gerou peregrinação dos usuários pela rede pública.
- Verificou-se que a informação não garante uma mudança de comportamento, uma vez que usuários que tiveram acesso à informação sobre meios de prevenção e transmissão, por vários canais ou no Centro de Atenção e Aconselhamento em AIDS/DST, assimilaram a informação de maneira diferente. Isto é, alguns voltaram para realizar o teste anti-HIV por reconhecerem o comportamento sexual de risco, posterior à informação recebida.

1) Os resultados têm relação com os elementos de vulnerabilidade à infecção pelo HIV?

Sim (x) Não ()

2) Os resultados estão baseados nos dados coletados?

Sim (x) Não ()

3) O estudo cumpre com os critérios de inclusão?

Sim (x) Não ()

APÊNDICE A

FICHA A

VULNERABILIDADE FEMININA AO HIV: METASSÍNTESE

FICHA PARA SELECIONAR AS PUBLICAÇÕES, SEGUNDO OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Código do relatório: **ID-52**
 Tipo de publicação: Artigo () Artigo de revisão () Dissertação (x) Tese ()
 Tese de Livre-Docência ()
 Tipo de estudo: Quantitativo () Qualitativo (x)
 Afiliação do 1º autor (a): Saúde Pública
 Ano em que o estudo foi desenvolvido: 2005
 Localização geográfica do estudo: Guarapuava, Paraná. Brasil
 Idioma: Português
 Características da população:
 - Mulher soropositiva ao HIV(x) - Mulher soronegativa ao HIV()
 - Idade média: 34 anos. - Faixa etária: NE

OBJETIVO DA PESQUISA:

- Identificar aspectos da vulnerabilidade ao HIV/AIDS entre mulheres profissionais do sexo infectadas pelo HIV, residentes em Guarapuava-Paraná.

RESULTADOS:

Aspectos relacionados à vulnerabilidade para o HIV/AIDS em mulheres profissionais do sexo soropositivas para o HIV:

Pobreza

- As mulheres manifestaram que se comprometiam no mercado do sexo, dada a forte necessidade de sobrevivência ou para satisfação dos bens de consumo, como roupa e gastos em festas.

Relações de gênero

- Em alguns casos, o início da atividade sexual foi com namorado sob ameaças e agressão, acontecendo relações sexuais sem proteção.
- Com os clientes identificaram-se problemas relacionados com o desequilíbrio de poderes de gênero, que as condicionou à maior susceptibilidade às DSTs/AIDS, uma vez que se o cliente recusava usar preservativo, as trabalhadoras sexuais não insistiam por medo de perder o cliente e assumiam sexo desprotegido pela necessidade econômica.

Relações afetivas

- Nas relações afetivas com o companheiro sexual, a valorização de outros elementos como a manutenção de laços afetivos influenciou diretamente a relação sexual sem proteção.

Consumo de álcool ou drogas

- O consumo de álcool ou drogas pelas mulheres, nos lugares onde exerciam o trabalho sexual, estimulado pelos donos dos locais que obtinham lucro da venda, influenciou o envolvimento com relações sexuais sem proteção, com os clientes.

Acesso à informação

- As mulheres relataram uma juventude com ansiedade pela prática sexual, sem conhecimento prévio da prevenção e transmissão das DSTs e HIV.
- As mulheres manifestaram que antes de adquirir o HIV, não tinham noção da doença em termos de proteção, transmissão nem o que era mesmo o HIV.
- Evidenciou-se falta de conhecimento das mulheres com relação à existência dos trabalhos desenvolvidos pelo Ministério de Saúde, este fato pode estar relacionado com a baixa escolaridade e a condição de pobreza.
- Quando iniciaram no trabalho sexual (há aproximadamente 10 anos), as mulheres desconheciam a epidemia do HIV, por tal, houve falta de percepção da vulnerabilidade às DSTs e HIV, no trabalho sexual, fazendo com que assumam um comportamento despreocupado frente à prevenção.

1) Os resultados têm relação com os elementos de vulnerabilidade à infecção pelo HIV? Sim (x) Não ()

2) Os resultados estão baseados nos dados coletados? Sim (x) Não ()

3) O estudo cumpre com os critérios de inclusão? Sim (x) Não ()

APÊNDICE A

FICHA A

VULNERABILIDADE FEMININA AO HIV: METASSÍNTESE

FICHA PARA SELECIONAR AS PUBLICAÇÕES, SEGUNDO OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Código do relatório: **ID-53**
 Tipo de publicação: Artigo () Artigo de revisão () Dissertação () Tese ()
 Tese de Livre-Docência (x)
 Tipo de estudo: Quantitativo () Qualitativo (x)
 Afiliação do 1º autor (a): Saúde Coletiva
 Ano em que o estudo foi desenvolvido: 1997-2004
 Localização geográfica do estudo: São Paulo, São Paulo. Brasil
 Idioma: Português
 Características da população:
 - Mulher soropositiva ao HIV() - Mulher soronegativa ao HIV(x)
 - Idade média: NA - Faixa etária: NA

OBJETIVO DA PESQUISA:

- Construir marcadores da vulnerabilidade à infecção, morte e adoecimento por HIV e aids.

RESULTADOS:

VULNERABILIDADE INDIVIDUAL

Conhecimentos e significados atribuídos ao processo saúde-doença

- O conhecimento incorreto ou insuficiente, sobre o HIV/AIDS do parceiro, expõe a parceira ao vírus.
- Associado a: a) manutenção de práticas sexuais em que há risco de exposição ao HIV, a despeito do conhecimento que possuem sobre esse assunto, mas que são decorrentes de dificuldades da aplicação desses conhecimentos em práticas protetoras; b) o conhecimento não basta, é necessário conhecer os significados atribuídos ao HIV e aids que influenciam a adoção de meios de prevenção do HIV.
- Falta de reconhecimento da sua vulnerabilidade ao HIV, baseado em algumas características pessoais, condições de vida, práticas, hábitos e comportamentos em que há exposição ao vírus.

Características pessoais e relacionais

- A baixa escolaridade condiciona o acesso às informações, a capacidade de assimilação e compreensão das orientações recebidas nos serviços de saúde e, conseqüentemente, o conhecimento e os significados atribuídos à doença.
- A parceria conjugal influi na vulnerabilidade em função do papel exercido pelas relações de gênero na vulnerabilidade das mulheres, como a estabilidade nas relações conjugais, a confiabilidade na fidelidade conjugal, a subalternidade da mulher, a dependência econômica, a ausência do companheiro e a omissão do diagnóstico ao parceiro. Por exemplo: a mulher que possui uma relação conjugal estável, um comportamento monogâmico e acredita na fidelidade do esposo, sente-se protegida do risco de contrair o vírus e não negocia o uso do preservativo. Outro exemplo: quando existe a relação de subalternidade das mulheres aos homens, o que dificulta a negociação do uso do preservativo e condiciona a violência sexual, a dependência econômica e a própria identidade das mulheres na sociedade. Por último, a omissão do diagnóstico à parceria ou desconhecimento do estado de soropositividade do companheiro é um componente da vulnerabilidade, uma vez que essa situação coloca a mulher em situação de exposição ao HIV.

Percepção da doença

- Embora conhecendo os meios de transmissão, o HIV esteve associado a grupos sociais específicos, como homossexuais, prostitutas e UDI, o que permitiu no imaginário social da

representação das mulheres como “a doença do outro”, isto é, o entendimento de que a transmissão não acomete pessoas com relacionamentos afetivos estáveis.

Confiança no parceiro

- As mulheres consideraram desnecessário o uso do preservativo, dado o sentimento de fidelidade e a crença de ser parceira única do seu companheiro.

VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA

Estrutura e dinâmica de organização do serviço de saúde

- Número insuficiente de vagas para atender à demanda, o que gera dificuldade de matrícula em serviço especializado em DST/AIDS, assim como, rapidez no agendamento de consulta.
- Disponibilidade irregular ou limitada de recursos para a prevenção da transmissão do HIV, como a disponibilidade limitada de preservativo, para a prevenção da transmissão do HIV, que pode contribuir para práticas sexuais em que há exposição ao vírus.
- Jornada de trabalho dos profissionais que acarreta sobrecarga de trabalho.
- Rotatividade e frequência irregular de profissionais, o que dificulta a continuidade da assistência e formação de vínculo.
- Limitado tempo dedicado para cada atendimento faz com que ele seja impessoal, incompleto, sem vínculo e dificulte a escuta de outras queixas que não clínica.
- Desvalorização da escuta.
- Linguagem imprópria do profissional para o usuário, o que interfere na adesão às ações pela dificuldade de assimilação.
- Representações sociais sobre a aids dos profissionais, o que gera ações discriminatórias e desenvolvimento de ações equivocadas: não investiga infecção pelo HIV em mulheres em relações conjugais estáveis ou em idade avançada, por considerarem que não tem “comportamento de risco”.
- Imposição de medidas preventivas à transmissão do HIV, desconsiderando os determinantes da não-adoção das medidas preventivas à transmissão do HIV.
- Intervenções não voltadas aos determinantes dos comportamentos dos usuários.
- Investigação epidemiológica da infecção pelo HIV nas parceiras.

DIMENSÃO SOCIAL

Relações de gênero

- Algumas representações estiveram permeadas pela suspeita de um comportamento de risco do companheiro, mas sua condição de mulher não lhes permitiu a adoção de medidas que as protegessem da contaminação na relação com o parceiro, justificada pelo sentimento de amor ao companheiro, justificando e compensando o risco.
- As mulheres não adotaram comportamentos preventivos à infecção do HIV, dadas as representações sociais associadas às características das relações estabelecidas entre homens e mulheres, ou seja, submissão das mulheres aos homens, como assumir como obrigação os afazeres do lar para agradar ao parceiro, a sexualidade diferenciada e os distintos papéis sociais.

1) Os resultados têm relação com os elementos de vulnerabilidade à infecção pelo HIV?

Sim (x) Não ()

2) Os resultados estão baseados nos dados coletados?

Sim (x) Não ()

3) O estudo cumpre com os critérios de inclusão?

Sim (x) Não ()

APÊNDICE A

FICHA A

VULNERABILIDADE FEMININA AO HIV: METASSÍNTESE

FICHA PARA SELECIONAR AS PUBLICAÇÕES, SEGUNDO OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Código do relatório: **ID-54**
 Tipo de publicação: Artigo () Artigo de revisão () Dissertação () Tese (x)
 Tese de Livre-Docência ()
 Tipo de estudo: Quantitativo () Qualitativo ()
 Afiliação do 1º autor (a): Psiquiatria
 Ano em que o estudo foi desenvolvido: 2002-2003
 Localização geográfica do estudo: São Paulo, São Paulo. Brasil
 Idioma: Português
 Características da população:
 - Mulher soropositiva ao HIV(x) - Mulher soronegativa ao HIV(x)
 - Idade média: NE - Faixa etária: 18-30 anos.

OBJETIVO DA PESQUISA:

- Investigar qual a percepção que as mulheres carcerárias têm sobre a violência, especialmente a sexual, identificando as possíveis experiências de violência e conseqüentes riscos de transmissão do HIV.

RESULTADOS:

- A maioria das mulheres carcerárias afirmou que foram violentadas sexualmente, em uma ou mais fases de sua vida, por um ou mais ofensores, como conseqüência do mesmo, algumas adquiriram o HIV.
- As mulheres carcerárias demonstraram poucos conhecimentos sobre direitos humanos e reprodutivos, sexualidade, drogas, aids, e DST e outras temáticas relacionadas à violência da mulher, desconhecendo que a violência sexual ou relação sexual forçada pelo esposo é considerado estupro, o que gerou a não-denúncia do mesmo, submetendo-se a estupros freqüentes pelo companheiro em sua casa.

1) Os resultados têm relação com os elementos de vulnerabilidade à infecção pelo HIV?

Sim (x) Não ()

2) Os resultados estão baseados nos dados coletados?

Sim (x) Não ()

3) O estudo cumpre com os critérios de inclusão?

Sim (x) Não ()

APÊNDICE B

Quadro 2 – Relação de estudos excluídos das bases de dados PubMed, LILACS, OVID, Web of Science, CINAHL, BDTD e DEDALUS, segundo código, objetivo e motivo da exclusão. São Paulo - 2008

Código	Objetivo	Motivo da exclusão
EP-01	Não especifica	É um edital sobre o aporte das ciências sociais e a aids
EP-02	Avaliar a prevalência e determinantes da infecção pelo HIV na população em geral no distrito de Bagalkot, um amplo distrito rural ao sul do Estado indiano de Karnataka.	O estudo se limita a relacionar a infecção do HIV às características epidemiológicas como sexo, idade da primeira relação sexual, estado marital, etc. Não faz uma análise dos determinantes sociais, culturais, econômicos ou políticos que podem influenciar a transmissão do HIV.
EP-03	Não especifica	É um comentário
EP-04	Não especifica	Não conduz uma discussão sobre elementos de vulnerabilidade ao HIV para as mulheres
EP-05	Identificar os fatores associados à violência sexual das mulheres soropositivas ou em risco para a infecção pelo HIV.	Os resultados são meramente estatísticos. As conclusões apenas citam a vulnerabilidade social e econômica para a infecção pelo HIV sem ter desenvolvido uma análise sobre os mesmos.
EP-06	Determinar a possibilidade e aceitabilidade de coletar informação sobre práticas sexuais, conhecimento, atitudes e percepção de risco, em relação à infecção pelo HIV e DST em duas clínicas.	Não identifica um elemento de vulnerabilidade ao HIV.
EP-07	Estudo da atividade sexual dos estudantes da faculdade Afro-Americana para delinear as correlações de uso do preservativo.	Não trata dos elementos da vulnerabilidade que podem influenciar o não usar o preservativo. Não oferece resultados da população feminina por separado.
EP-08	Examinar o Viés de Desconforto Social a partir da perspectiva de 60 mulheres em risco para HIV em dois países do oeste da África: Gana e Nigéria.	Versa sobre o estigma social das mulheres trabalhadoras sexuais perante a revelação a sua família e a rede social de seu trabalho.
EP-09	Identificar o risco para DST/HIV que deve ser direcionado para programas de prevenção planejados para adultos jovens heterossexuais de alto risco, em Petersburgo (Rússia) e Budapeste (Hungria).	Não diferencia os resultados masculinos dos femininos.
EP-10	Descrever a prevalência de HIV e os fatores sociais e comportamentais que potencializam o risco de adquirir DSTs incluindo HIV.	Abrange apenas população entre 14 e 19 anos.
EP-11	Não especifica	Reflexão sobre a epidemia em UDI
EP-12	Questionar sobre como os Estados Unidos da América, que gasta 1.3 trilhões de dólares em cuidados de saúde, possui a tecnologia médica mais avançada e treina profissionais de saúde altamente qualificados, cuida dos membros mais vulneráveis de sua população.	Versa sobre vulnerabilidade a qualquer adoecimento de saúde e não à infecção pelo HIV.

EP-13	Documentar a diferença em conhecimento sobre aids, atitudes de uso de preservativo, percepção da vulnerabilidade a aids em indivíduos que variam segundo o comportamento de risco auto-reportado associado com a infecção de HIV.	Estudo limitado a relações estatísticas.
EP-14	Comparar o conhecimento sobre HIV, atitudes, fontes de informação e teste anti-HIV de pacientes de uma clínica russa de DST e pacientes de uma clínica dos EEUU.	Estudo limitado a comparar as variáveis entre duas populações participantes.
EP-15	Examinar a prevalência de comércio sexual entre mulheres russas UDI, e examinar o uso de drogas, comportamento sexual e percepção da vulnerabilidade deste grupo.	Estudo limitado a detalhar o comportamento sexual, o uso de drogas, o intercâmbio de seringas e a percepção de risco.
EP-16	Avaliar os fatores de risco para DST e HIV.	Não oferece resultados femininos de forma separada.
EP-17	Avaliar o nível atual de risco da população migrante e examinar a conveniência de intervenções adaptadas desenvolvidas para a população migrante de China.	Não identifica alguns elementos de vulnerabilidade ao HIV.
EP-18	Analisar a rede de prostituição em Bobo Dioulasso, Burkina Fasso, segundo características sociais, para avaliar a exposição ao HIV.	Estudo limitado a características de população e dados estatísticos, sem relacionar as características sociais que diferenciam os diferentes tipos das profissionais do sexo.
EP-19	Avaliar o papel do abuso de drogas e temas sociais e culturais baseados em gênero que influenciam o risco e vulnerabilidade ao HIV.	Estudo limitado a especificar a incidência do uso de drogas, de comércio sexual, de sexo desprotegido, entre outros.
EP-20	Entender a percepção da vulnerabilidade social e estrutural. Identificar as fontes de informação e padrões de comunicação sobre aids e avaliar o apoio da comunidade para educação de aids.	Não fornece resultados da população feminina de forma independente.
EP-21	Identificar e discutir criticamente as principais complexidades de entendimento e que guia a pandemia de HIV/AIDS no sul da África.	Discute as medidas para enfrentar as problemáticas contextuais que geram uma propagação maior da pandemia HIV/AIDS na África.
EP-22	Problematizar a gravidez nos jovens e vulnerabilidade ao HIV pela análise dos termos que a estruturam adolescência, juventude, gravidez na adolescência e vulnerabilidade e pela revisão não exaustiva da literatura referente ao tema.	Apresenta algumas reflexões sobre o que é ser adolescente e as problemáticas que eles apresentam, mas não identifica algum elemento que os torna vulneráveis..
EP-23	Responder às seguintes perguntas: qual é o padrão geral de comportamentos de risco de HIV/DST e percepções entre homens e mulheres migrantes que vêm a uma clínica de DST? São os comportamentos de risco e história de DST relacionados com a mobilidade geográfica? Existe alguma diferença de gênero entre a história e notificação de DST do parceiro entre a população de alto risco?	Resultados limitados a relatar a existência de relações estatísticas.
EP-24	Avaliar o conhecimento e diferentes fatores	Resultados limitados a relatar a existência de

	comportamentais e atitudinais de alto risco para HIV/DST que afetam a incidência, mortalidade e morbidade de HIV/AIDS entre mulheres em centros urbanos específicos e comunidades nos EEUU.	relações estatísticas.
EP-25	Revisar a informação sobre a situação das pessoas jovens e HIV/AIDS, no intuito de avaliar se têm acesso à informação, habilidades e serviços requeridos para reduzir sua vulnerabilidade e identificar se houve alguma redução da prevalência de HIV entre os jovens de 15-24 anos.	Apresenta uma análise geral da vulnerabilidade de países de Europa e Ásia, mas não apresenta dados específicos para mulheres segundo a área geográfica.
EP-26	Determinar os fatores relacionados à adoção de métodos efetivos para prevenir a aids, particularmente, uso de preservativo, em Universidades de estudantes de Espanha e Portugal.	Não apresenta resultados femininos.
EL-27	Avaliar a prevalência de HIV nas profissionais do sexo, seu conhecimento sobre aids e uso do preservativo em cinco clínicas de DSTs em Santiago, Chile.	Não identificou nenhum elemento de vulnerabilidade ao HIV. O estudo se baseia em que a população tinha zero prevalência, bom conhecimento sobre HIV e uso constante do preservativo, para afirmar que não são vulneráveis ao HIV.
EL-28	Determinar os fatores de risco para a infecção pelo HIV entre as mulheres detentas antes e durante o tempo na penitenciária.	O estudo apenas cita a vulnerabilidade sem analisá-la.
EO-29	Não especifica	Apresenta uma revisão da evolução epidemiológica e prevalência em nível mundial, da susceptibilidade fisiológica e biológica da mulher à infecção pelo HIV.
EO-30	Afirmar a necessidade de usar um enfoque de pesquisa mais amplo para pesquisar o fenômeno da opressão da mulher da Tailândia como fonte de alto risco para a infecção pelo HIV.	A pesquisa se centra na importância da hermenêutica para a análise e intervenção da epidemia na mulher de Tailândia e não identifica os determinantes para a infecção.
EW-31	Não especifica	Não informa população nem data em que está baseado o estudo.
EW-32	Não especifica	Não aborda vulnerabilidade.
EW-33	Discutir as vulnerabilidades e HIV/AIDS na região subsaariana da África	Não discute os determinantes específicos da mulher para se tornar vulnerável ao HIV.
EW-34	Não especifica	Não discute os determinantes específicos da mulher para se tornar vulnerável ao HIV.
EW-35	Explorar os fatores no meio urbano que estão associados com o incremento da vulnerabilidade à infecção pelo HIV, e prováveis implicações da epidemia para o desenvolvimento urbano.	Não analisa a vulnerabilidade ao HIV para a mulher desde a perspectiva da vulnerabilidade, como o conceito adotado neste estudo.
EW-36	Apresentar uma revisão sistemática e análise da informação que descreve a epidemiologia do HIV, sífilis e uso de drogas na Ásia Central e fatores estruturais que norteiam a epidemia.	Não analisa a vulnerabilidade ao HIV específico da mulher nem usa o conceito de vulnerabilidade adotado neste estudo.
EC-37	Avaliar o papel do uso ilícito de drogas como fator de risco para a infecção pelo HIV entre	Os resultados estão limitados a relações estatísticas.

	profissionais do sexo, na cidade de Santos, Brasil.	
EC-38	Analisar os mecanismos que possivelmente dirigem as incidências desproporcionadamente mais altas de transmissão heterossexual de HIV entre mulheres de cor em Syracuse, Nova York.	Análise não é desenvolvida segundo o conceito de vulnerabilidade adotado neste estudo.
EC-39	Analisar as percepções das mulheres que se sentiram susceptíveis ao HIV/AIDS assim como aquelas que se sentiram fora de perigo da ameaça da infecção ou desenvolveram precoce sentimento de vulnerabilidade.	Não analisa se a falta ou não de susceptibilidade as tornou vulneráveis aos HIV.
EB-40	Avaliar o risco de transmissão do HIV e os determinantes da vulnerabilidade a esta infecção na população carcerária do Presídio feminino de Butantã, São Paulo.	Trabalha vulnerabilidade como probabilidade da infecção.
EB-41	Identificar a prevalência da infecção pelo HIV, na população carcerária feminina do Centro de Reinserção Social Consuelo Nasser, bem como conhecer os principais fatores sociodemográficos e comportamentos de risco que contribuem para o aumento da vulnerabilidade à infecção pelo HIV.	Não identifica a vulnerabilidade à infecção pelo HIV, desde o ponto de vista do conceito de vulnerabilidade.
ED-42	Identificar e analisar as informações e as situações de risco de estudantes de nível médio da cidade do Lubango, Angola-África sobre as DSTs e aids baseadas no Modelo de Crenças em Saúde de Rosenstock.	Não oferece dados independentes para mulheres e a maioria dos dados está enfocada para fatores de risco do que para vulnerabilidade.

APÊNDICE C

Quadro 3 - Relação de estudos incluídos das bases de dados PubMed, LILACS, OVID, Web of Science, CINAHL, BDTD e DEDALUS, segundo código, autoria e título do estudo. São Paulo - 2008

Código	Autores	Título
IP-01	Morrison-Beedy D, Carey MP, Lewis BP.	Modeling condom-use stage of change in low-income, single, urban women.
IP-02	Bronfman MN, Leyva R, Negroni MJ, Rueda CM.	Mobile populations and HIV/AIDS in Central America and Mexico: research for action.
IP-03	Le Franc E, Wyatt GE, Chambers C, Eldemire D, Bain B, Ricketts H.	Working women's sexual risk taking in Jamaica
IP-04	Lefkowitz ES, Gillen MM, Shearer CL, Boone TL. (<i>en el artículo esta: Gillen MM, Lefkowitz ES, Shearer CL.</i>)	Religiosity, sexual behaviors, and sexual attitudes during emerging adulthood.
IP-05	Grimberg M.	"Saber de SIDA" y cuidado sexual en mujeres jóvenes de sectores populares del cordón sur de la ciudad de Buenos Aires. Apuntes para la definición de políticas de prevención.
IP-06	Barnett T, Whiteside A, Khodakevich L, Kruglov Y, Steshenko V.	The HIV/AIDS epidemic in Ukraine: its potential social and economic impact.
IP-07	Laurent C, Bourgeois A, Mpoudi M, Butel C, Peeters M, Mpoudi-Ngolé E, Delaporte E.	Commercial logging and HIV epidemic, rural Equatorial Africa.
IP-08	Abel E, Chambers K.	Factors that influence vulnerability to STDs and HIV/AIDS among Hispanic women.
IP-09	Booyesen Fle R, Summerton J.	Poverty, risky sexual behaviour, and vulnerability to HIV infection: evidence from South Africa.
IP-10	Paiva V, Pupo LR, Barboza R.	O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil.
IP-11	Ghosh J, Kalipeni E.	Women in Chinsapo, Malawi: vulnerability and risk to HIV/AIDS.
IP-12	MacPhail C, Campbell C.	'I think condoms are good but, aai, I hate those things': condom use among adolescents and young people in a Southern African township.
IP-13	Chen PC.	An analysis of vulnerability to HIV in Papua New Guinea.
IP-14	D'Cruz-Grote D.	Prevention of HIV infection in developing countries.
IP-15	Ackermann L, de Klerk GW.	When ideal and real culture clash--trust, infidelity and condom use.
IP-16	Bandyopadhyay M, Thomas J.	Women migrant workers' vulnerability to HIV infection in Hong Kong.
IP-17	Buvé A, Bishikwabo-Nsarhaza K, Mutangadura G.	The spread and effect of HIV-1 infection in sub-Saharan Africa.
IP-18	Fox AM, Jackson SS, Hansen NB, Gasa N, Crewe M, Sikkema KJ.	In their own voices: a qualitative study of women's risk for intimate partner violence and HIV in South Africa.
IP-19	Polacsek M, Celentano DD, O'Campo P, Santelli J.	Correlates of condom use stage of change: implications for intervention.
IP-20	Omorodion F, Gbadebo K, Ishak P.	HIV vulnerability and sexual risk among African youth in Windsor, Canada.

IP-21	Pyett PM, Warr DJ.	Vulnerability on the streets: female sex workers and HIV risk.
IP-22	Soskolne V, Shtarkshall RA.	Migration and HIV prevention programmes: linking structural factors, culture, and individual behaviour--an Israeli experience.
IP-23	Lian WM, Chan R, Wee S.	Sex workers' perspectives on condom use for oral sex with clients: a qualitative study.
IP-24	De Vogli R, Birbeck GL.	Potential impact of adjustment policies on vulnerability of women and children to HIV/AIDS in sub-Saharan Africa.
IP-25	Kelly JA, Amirkhanian YA, Kabakchieva E, Csepe P, Seal DW, Antonova R, et al.	Gender roles and HIV sexual risk vulnerability of Roma (Gypsies) men and women in Bulgaria and Hungary: an ethnographic study.
IP-26	Moreno CL.	The relationship between culture, gender, structural factors, abuse, trauma, and HIV/AIDS for Latinas.
IP-27	Smith-Estelle A, Gruskin S.	Vulnerability to HIV/STIs among rural women from migrant communities in Nepal: a health and human rights framework.
IP-28	Stampley CD, Mallory C, Gabrielson M.	HIV/AIDS among midlife African American women: an integrated review of literature.
IP-29	Alves RN, Kovacs MJ, Stall R, Paiva V.	Fatores psicossociais e a infecção por HIV em mulheres, Maringá, PR.
IP-30	Dandona R, Dandona L, Gutierrez JP, Kumar AG, McPherson S, Samuels F, et al.	High risk of HIV in non-brothel based female sex workers in India.
IL-31	Esposito APG, Kahhale EMP.	Profissionais do sexo: sentidos produzidos no cotidiano de trabalho e aspectos relacionados ao HIV.
IL-32	Kerr-Pontes LRS, González F, Kendall C, Leão EMA, Távora FR, Caminha I, et al.	. Prevention of HIV infection among migrant population groups in Northeast Brazil.
IL-33	Franco FG, Figueiredo MA de C.	Aids, drogas e "ser mulher". Relatos de mulheres soropositivas para o HIV.
IL-34	Nunes, Ceuci de Lima Xavier.	Aspectos bioéticos relacionados à infecção pelo HIV em um grupo de mulheres em Salvador, Bahia.
IL-35	Collazos MF, Echeverry N, Molina AP, Canaval GE, Valencia CP.	Riesgo de VIH/SIDA en la mujer: no es cuestión de clase.
IL-36	Saldanha AAW.	Vulnerabilidade e construções de enfrentamento da soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamento estável.
IL-37	Sousa JHM de, Paiva MS.	Vulnerabilidade de jovens frente à infecção pelo HIV e as representações sociais da AIDS.
IO-38	Epele ME.	Gender, violence and HIV: Women's survival in the streets.
IW-39	Masanjala W.	The poverty-HIV/AIDS nexus in Africa: A livelihood approach.
IW-40	Theodore FL, Gutierrez JP, Torres P, Luna G.	Compensated sex: a practice at the heart of young Mexican women's vulnerabilities (STI/HIV/AIDS).
IW-41	Freedman J, Poku N.	The socioeconomic context of Africa's vulnerability to HIV/AIDS.
IW-42	Bryceson DF, Fonseca J.	Risking death for survival: Peasant responses to hunger and HIV/AIDS in Malawi.
IW-43	Kathewera-Banda M, Gomile-Chidyaonga F, Hendriks S,	Sexual violence and women's vulnerability to HIV transmission in Malawi: a rights issue

	Kachika T, Mitole Z, White S.	
IC-44	Mill JE, Anarfi JK.	HIV risk environment for Ghanaian women: challenges to prevention.
IB-45	Guirão JL.	Vulnerabilidade e resiliência entre adolescentes e jovens vivendo com HIV/SIDA na cidade de Maputo, Moçambique: Kuhanya - o contágio da vida.
IB-46	Reis RK.	Convivendo com a diferença: o impacto da sorodiscordância na vida afetivo-sexual de portadores do HIV/AIDS.
IB-47	Sousa M da CP de.	Questão de gênero nas ações de prevenção do HIV / AIDS em mulheres, desenvolvidas pela equipe de saúde da família no município de Teresina – PI.
ID-48	Paiva MS.	Vivenciando a gravidez e experienciando a soropositividade para o HIV.
ID-49	Neves FR de A.	O aconselhamento para realização da sorologia a Anti-HIV em gestantes: factibilidades e utopias.
ID-50	Geraldes SM.	Bemmalmequer: análise da vulnerabilidade feminina à contaminação por HIV no Brasil e no México.
ID-51	Betini G.	Da informação em saúde ao servidor como informação.
ID-52	Borda KP de.	Aspectos da vulnerabilidade para HIV/AIDS em mulheres profissionais do sexo infectadas-Guarapuava-PR
ID-53	Takahashi RF.	Marcadores de vulnerabilidade à infecção, adoecimento e morte por HIV e aids.
ID-54	Giordani AT.	Violência sexual e a vulnerabilidade às DST - AIDS em mulheres detentas

APÊNDICE D

Quadro 4 - Relação de estudos excluídos das bases de dados PubMed, LILACS, OVID, Web of Science, CINAHL, BDTD e DEDALUS, segundo código, autoria e título do estudo. São Paulo - 2008

Código	Autores	Título
EP-01	Bronfman M.	Ciencias Sociales y SIDA
EP-02	Becker ML, Ramesh BM, Washington RG, Halli S, Blanchard JF, Moses S.	Prevalence and determinants of HIV infection in South India: a heterogeneous, rural epidemic.
EP-03	Hankins C.	From a vicious circle to a virtuous circle: reinforcing strategies of risk, vulnerability, and impact reduction for HIV prevention.
EP-04	Tierney S.	Adolescents and HIV: creating partnerships.
EP-05	Zierler S, Witbeck B, Mayer K.	Sexual violence against women living with or at risk for HIV infection.
EP-06	Wools KK, Menya D, Muli F, Heilman D, Jones R.	Perception of risk, sexual behaviour and STD/HIV prevalence in western Kenya.
EP-07	Bazargan M, Kelly EM, Stein JA, Husaini BA, Bazargan SH.	Correlates of HIV risk-taking behaviors among African-American college students: the effect of HIV knowledge, motivation, and behavioral skills.
EP-08	Guest G, Bunce A, Johnson L, Akumatey B, Adekun L.	Fear, hope and social desirability bias among women at high risk for HIV in West Africa.
EP-09	Takacs J, Amirkhanian YA, Kelly JA, Kirsanova AV, Khoursine RA, Mocsonaki L.	"Condoms are reliable but I am not": A qualitative analysis of AIDS-related beliefs and attitudes of young heterosexual adults in Budapest, Hungary, and St. Petersburg, Russia.
EP-10	Rassjö EB, Mirembe FM, Darj E.	Vulnerability and risk factors for sexually transmitted infections and HIV among adolescents in Kampala, Uganda.
EP-11	Latka M.	Drug-using women need comprehensive sexual risk reduction interventions.
EP-12	Eckenfels EJ.	Current health care system policy for vulnerability reduction in the United States of America: a personal perspective.
EP-13	Lollis CM, Johnson EH, Antoni MH, Hinkle Y.	Characteristics of African-Americans with multiple risk factors associated with HIV/AIDS.
EP-14	Benotsch EG, Pinkerton SD, Dyatlov RV, DiFranceisco W, Smirnova TS, Swain GR, et al.	A comparison of HIV/AIDS knowledge and attitudes of STD clinic clients in St. Petersburg, Russia and Milwaukee, WI, EEUU.
EP-15	Benotsch EG, Somlai AM, Pinkerton SD, Kelly JA, Ostrovski D, Gore-Felton C, et al.	Drug use and sexual risk behaviours among female Russian IDUs who exchange sex for money or drugs.
EP-16	Davis RB, Duncan L, Turner LW, Young M.	Perceptions of human immunodeficiency virus and sexually transmitted disease risk among low-income adults: a pilot study.
EP-17	Li X, Fang X, Lin D, Mao R, Wang J, Cottrell L, et al.	HIV/STD risk behaviors and perceptions among rural-to-urban migrants in China. AIDS
EP-18	Nagot N, Ouangré A, Ouedraogo A, Cartoux M, Huygens P, Defer MC, et	PhilippeSpectrum of Commercial Sex Activity in Burkina Faso: Classification Model and Risk of Exposure to HIV.

	al.	
EP-19	Surratt HL, Inciardi JA, Weaver JC, Falú VM.	Emerging linkages between substance abuse and HIV infection in St. Croix, US Virgin Islands.
EP-20	Thomas J, Bandyopadhyay M.	Ethnic minorities and their vulnerability to AIDS in a border state of India.
EP-21	Van Niekerk AA.	Moral and social complexities of AIDS in Africa.
EP-22	Villela WV, Doreto DT.	Young people's sexual experience.
EP-23	Wang B, Li X, Stanton B, Fang X, Liang G, Liu H, et al.	Gender differences in HIV-related perceptions, sexual risk behaviors, and history of sexually transmitted diseases among Chinese migrants visiting public sexually transmitted disease clinics.
EP-24	Williams PB, Ekundayo O, Udezulu IE, Omishakin AM.	An ethnically sensitive and gender-specific HIV/AIDS assessment of African American women: a comparative study of urban and rural American communities.
EP-25	Monasch R, Mahy M.	Young people: the centre of the HIV epidemic.
EP-26	Muñoz-Silva A, Sánchez-García M, Nunes C, Martins A.	AIDS prevention in late adolescent college students from Spain and Portugal.
EL-27	Barrientos JE; Bozon MO, Edith AA.	HIV prevalence, AIDS knowledge, and condom use among female sex workers in Santiago, Chile.
EL-28	Strazza L, Azevedo RS, Carvalho HB, Massad E.	The vulnerability of Brazilian female prisoners to HIV infection.
EO-29	Quinn TC.	HIV/AIDS in Women: An Expanding Epidemic.
EO-30	Ruangjiratain Supinda RN, Kendall, Judy RN.	Understanding Women's Risk of HIV Infection in Thailand through Critical Hermeneutics.
EW-31	Turmen T.	Gender and HIV/AIDS
EW-32	Rhodes T, Singer M, Bourgois P, Friedman SR, Strathdee SA.	The social structural production of HIV risk among injecting drug users.
EW-33	Gould WTS.	Vulnerability and HIV/AIDS in Africa: From demography to development.
EW-34	Evans L, Strathdee SA.	A roof is not enough: Unstable housing, vulnerability to HIV infection and the plight of the SRO.
EW-35	Van Donk M.	"Positive" urban futures in sub-Saharan Africa: HIVAIDS and the need for ABC (A Broader Conceptualization).
EW-36	Renton A, Gzirishvili D, Gotsadze G, Godinho J, Renton A, Gzirishvili D, et al.	Epidemics of HIV and sexually transmitted infections in Central Asia Trends, drivers and priorities for control.
EC-37	Szwarcwald CL, Bastos FI, Gravato N, Lacerda R, Chequer PN, de Castilho EA.	To assess the role of illicit drug use as a risk factor of HIV infection among female commercial sex workers in the city of Santos, Brazil.
EC-38	Lane SD, Rubinstein RA, Keefe RH, Webster N, Cibula DA, Rosenthal A, et al.	Structural violence and racial disparity in HIV transmission.
EC-39	Hoffman S, Koslofsky S, Exner TM, Yingling S, Ehrhardt AA.	At risk or not? Susceptibility perceptions of women using family planning services in an AIDS epicenter.
EB-40	Strazza de AL.	Estudo da vulnerabilidade à infecção pelo HIV em detentas da Penitenciária Feminina do Butantã - SP avaliada por técnicas sorológicas e pela técnica do TAT.
EB-41	Schaper LC.	Prevalência da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana

		em mulheres reclusas da agência prisional de Goiás e a sua vulnerabilidade a esse agravo.
ED-42	Fioroni LN.	Vulnerabilidade feminina e a construção de significados sobre a maternidade em mulheres portadoras do HIV.
ED-43	Alencar CCP de.	As representações sociais de mulheres soropositivas ao HIV sobre o seu processo saúde-doença.
EP-44	Riehman KS, Sly DF, Soler H, Eberstein IW, Quadagno D, Harrison DF.	Dual-method use among an ethnically diverse group of women at risk of HIV infection.
EP-45	Gilbert L, Walker L.	Treading the path of least resistance: HIV/AIDS and social inequalities a South African case study.

APÊNDICE E

Quadro 5 - Estudos incluídos nas bases de dados PubMed, LILACS, OVID, Web of Science, CINAHL, BDTD e DEDALUS, distribuídos, segundo país da pesquisa e organizados segundo código, área de conhecimento, instituição de procedência do autor, idioma, tipo de publicação e estudo, ano da pesquisa e procedência da população em estudo. São Paulo - 2008

Código	Área de conhecimento	Instituição de procedência do autor	Idioma	Tipo de publicação/ tipo estudo	País da pesquisa/ ano	CASP A/B	Procedência da população de estudo
		País da pesquisa: Brasil					
IP-10	Psicologia	Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil	P	QL/A	Brasil / 2003-2004	A	Políticas brasileiras de prevenção de HIV.
IP-29	Psicologia	Universidade de Rochester, Rochester, Nova York.	I	QL/A	Maringá, Paraná, Brasil / 1998-1999	A	População brasileira
IL-31	Não específica	Pontifícia Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.	P	QL/A	São Paulo, Brasil/Não específica	A	População brasileira
IL-32	Saúde Coletiva	Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Brasil	I	QL/A	Ceará e Piauí, Brasil/ Não específica	A	População brasileira
IL-33	Psicologia	Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil	P	QL/A	Ribeirão Preto, SP, Brasil/Não específica	A	População brasileira
IL-34	Saúde Pública	Universidade Federal da Bahia, Brasil	P	QL/A	Salvador, Bahia. Brasil/1998-2002	A	População brasileira
IL-36	Psicologia	Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil	P	QL/T	Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil/2002	A	População brasileira
IL-37	Enfermagem	Universidade Federal da Bahia, Bahia, Brasil.	P	QL/A	Bahia, Brasil/2002	A	População brasileira
IB-46	Enfermagem	Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil	P	QL/D	Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil /2003-2004	A	População brasileira

continua...

continuação...

Código	Área de conhecimento	Instituição de procedência do autor	Idioma	Tipo de publicação/ tipo estudo	País da pesquisa/ ano	CASP A/B	Procedência da população de estudo
IB-47	Saúde Coletiva	Universidade Federal de Pernambuco, Brasil	P	QL/D	Teresina, Piauí, Brasil / 2006	A	População brasileira
ID-48	Enfermagem	Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil	P	QL/T	São Paulo, São Paulo, Brasil / Não específica	A	População brasileira
ID-49	Enfermagem	Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil	P	QL/D	São Paulo, São Paulo, Brasil / 2003	A	População brasileira
ID-51	Saúde Pública	Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil	P	QL/D	São Paulo, São Paulo, Brasil / 1996	A	População brasileira
ID-52	Saúde Pública	Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil	P	QL/D	Guarapuava, Paraná, Brasil / 2005	A	População brasileira
ID-53	Saúde Coletiva	Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil	P	QL/TLD	São Paulo, São Paulo, Brasil / 1997-2004	A	População brasileira
ID-54	Psiquiatria	Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil	P	QL/T	São Paulo, São Paulo, Brasil / 2002-2003	A	População brasileira
		Total de publicações: 16					
		Países do continente africano					
IP-07	Epidemiologia	Instituto de Pesquisa para o Desenvolvimento, Montpellier, França	I	QL/A	Cameron, / 2001	A	População africana
IP-09	Economia	Universidade Free State, África do Sul	I	QT/A	África do Sul / 1998	A	População africana
IP-11	Economia	Universidade da Califórnia, EEUU.	I	QL/A	Maláui, África / 2003	A	População africana
IP-12	Psicologia Social	Não específica	I	QL/A	Johanesburgo, Gauteng, África do Sul / 1999	A	População africana
IP-15	Sociologia	Universidade Free State, África do Sul	I	QL/A	Bloemfontein, Free State, África do Sul / Não específica	A	População africana

continua...

continuação...

Código	Área de conhecimento	Instituição de procedência do autor	Idioma	Tipo de publicação/ tipo estudo	País da pesquisa/ ano	CASP A/B	Procedência da população de estudo
IP-17	Microbiologia	Instituto de Medicina Tropical, Antwerp, Bélgica	I	QL/A	Região Subsaariana da África / 1980-2002	A	Mudanças políticas, sociais e econômicas na Região Subsaariana da África
IP-18	Sociomedicina	Universidade de Columbia, Nova York, EEUU.	I	QL/A	África do Sul/ 2002	A	População africana
IP-24	Saúde Pública	Universidade College de London, Inglaterra	I	QL/A	Região Subsaariana da África / 1980-2000	A	Mudanças econômicas da Região Subsaariana da África
IW-39	Não específica	Universidade de Maláui, Zomba, Região Subsaariana da África	I	QL/A	África/Não específica	A	Aspectos econômicos africanos
IW-41	Ciências Sociais	Não específica	I	QL/A	África/1990-2005	A	Políticas econômicas africanas.
IW-42	Não específica	Universidade de Oxford, Reino Unido	I	QL/A	Maláui/ não específica	A	População africana.
IW-43	Aspectos legais	Não específica	I	QL/A	Maláui/ não específica	A	População africana
IC-44	Enfermagem	Universidade de Alberta, Canadá	I	QL/A	Gana/1999	A	População africana
IB-45	Psicologia	Universidade da Bahia, Brasil	P	QL/T	Maputo, Moçambique/2005-2006	A	População africana
		Total de publicações: 15					
		País da pesquisa: EEUU					
IP-01	Enfermagem	Universidade de Rochester, Rochester, Nova York, EEUU	I	QT/A	Nova York, EEUU / 1996	A	Mulheres brancas, africanas, e hispânicas
IP-08	Enfermagem	Universidade de Texas em Austin, Austin, Texas, EEUU.	I	QT/A	Texas, EEUU / 1995	A	Mulheres hispânicas

continua...

continuação...

Código	Área de conhecimento	Instituição de procedência do autor	Idioma	Tipo de publicação/ tipo estudo	País da pesquisa/ ano	CASP A/B	Procedência da população de estudo
IP-19	Medicina coletiva e da família	Universidade de Novo México, Albuquerque, EEUU.	I	QL/A	Maryland, EEUU / 1993	A	Mulheres africanas
IP-26	Sociologia	Universidade do Estado de Nova Jersey, Nova Brunswick, Nova Jérsei, EEUU.	I	QL/A	Nova York, EEUU / Não especifica	A	Mulheres hispânicas
IP-28	Enfermagem	Universidade do Estado de Virgínia, Virgínia, EEUU.	I	QL/AR	EEUU /1987-2003	A	Mulheres africanas
IO-38	Antropologia	Universidade da Califórnia, Berkeley, EEUU.	I	QL/A	San Francisco, EEUU /não especifica	A	Mulheres hispânicas
		Total de publicações: 07					
		País da pesquisa: China					
IP-16	Sociologia	Universidade de Melbourne, Vitória, Austrália	I	QL/A	Hong Kong, China / Não especifica	A	Mulheres migrantes de Filipinas, Indonésia, Tailândia e Ásia do Sul
		Total de publicações: 01					
		País da pesquisa: Canadá					
IP-20	Sociologia	Universidade de Windsor, Canadá	I	QL/A	Windsor, Canadá / 2004- 2005	A	Mulheres africanas
		Total de publicações: 01					
		País da pesquisa: Austrália					
IP-21	Não especifica	Universidad La Trobe, Carlton, Vitória, Austrália	I	QL/A	Vitória, Austrália / 1995	A	Mulheres da Austrália
		Total de publicações: 01					
		País da pesquisa: Israel					
IP-22	Medicina Social	Universidade Hadassah, Jerusalém, Israel..	I	QL/A	Jerusalém, Israel / Não especifica	A	Mulheres Américo-européias e israelitas.

continua...

continuação...

Código	Área de conhecimento	Instituição de procedência do autor	Idioma	Tipo de publicação/ tipo estudo	País da pesquisa/ ano	CASP A/B	Procedência da população de estudo
		Total de publicações: 01					
		País da pesquisa: Roma					
IP-25	Medicina comportamental e psiquiátrica	Departamento de psiquiatria e Centro Comportamental de Medicina para a pesquisa e intervenção em AIDS, Milwaukee, Wisconsin, EEUU.	I	QL/A	Bulgária e Hungria, Roma, Italia / 2001-2002	A	Mulheres romanas
		Total de publicações: 01					
		País da pesquisa: Índia					
IP-30	Política e economia em Saúde	Faculdade administrativa da Índia, Hyderabad Índia.	I	QT/A	Andhra Pradesh, Índia/2003-2004	A	Mulheres indianas
		Total de publicações: 01					
		País da pesquisa: Colômbia					
IL-35	Enfermagem	Universidade del Valle, Cali, Colômbia.	E	QL/A	Cali, Colômbia/2002	A	Mulheres colombianas
		Total de publicações: 01					
		País da pesquisa: México					
IW-40	Economia e Políticas de Saúde	Instituto Nacional de Saúde Pública, Cuernavaca, Morelos, México.	E	QL/A	Cuernavaca, Morelos. México/2001-2002	A	Mulheres mexicanas
		Total de publicações: 01					

continua...

continuação...

Código	Área de conhecimento	Instituição de procedência do autor	Idioma	Tipo de publicação/ tipo estudo	País da pesquisa/ ano	CASP A/B	Procedência da população de estudo
		País da pesquisa: Argentina					
IP-05	Antropologia e Saúde	Universidade de Buenos Aires, Argentina	E	QL/A	Buenos Aires, Argentina / 1994	A	Mulheres argentinas
		Total de publicações: 01					
		País da pesquisa: Ucrânia					
IP-06	Economia	Universidade do Este de Anglia, Norwich, Ucrânia	I	QL/A	Ucrânia, Ucrânia / 1997-1998	A	Mudanças políticas e sociais da Ucrânia
		Total de publicações: 01					
		País da pesquisa: Jamaica					
IP-03	Não especifica	Universidade de West Indies, Mona Campus, Kingston, Jamaica	I	QL/A	Kingston, Jamaica / 1992	A	Mulheres jamaicanas
		Total de publicações: 01					
		País da pesquisa: Dois ou mais países					
ID-50	Ciências da comunicação	Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil	P	QL/D	México-Brasil/ Não específica	A	Profissionais da saúde mexicanos e brasileiros, campanhas de prevenção de México e Brasil e, mulheres mexicanas e brasileiras
IP-02	Saúde Pública	Instituto Nacional de Saúde Pública, Cuernavaca, Morelos, México.	I	QL/A	Guatemala, México, Nicarágua, Costa Rica, El Salvador, Honduras, Belize, Panamá / 2001	A	Mulheres migrantes em cada uma dessas fronteiras

continua...

continuação...

		Total de publicações: 02					
Código	Área de conhecimento	Instituição de procedência do autor	Idioma	Tipo de publicação/ tipo estudo	País da pesquisa/ ano	CASP A/B	Procedência da população de estudo
		País da pesquisa: Não especifica país					
IP-04	Não especifica	Universidade do Estado da Pensilvânia, EEUU.	I	QT/A	Não especifica / Não especifica	A	Não especifica
		Total de publicações: 01					
		País da pesquisa: Países em desenvolvimento					
IP-14	Não especifica	Não especifica	I	QL/A	Países em desenvolvimento / Não especifica (diferentes políticas de prevenção DST)	A	Políticas de saúde dos países em desenvolvimento
IP-23	Medicina da Família e Ocupacional	Universidade Nacional de Cingapura	I	QL/A	Cingapura / 1999	A	Mulheres chinesas ou de Malay
IP-13	Não especifica	Colégio Internacional Médico, Kuala Lumpur, Malásia.	I	QL/A	Papua Nova Guiné/ Não especifica	A	Mulheres indígenas
IP-27	Saúde Pública	Universidade do Estado de Montana, Montana, EEUU.	I	QL/A	Kailali, Nepal, Ásia / 2001	A	Mulheres do Nepal

Idioma: Inglês (I), Português (P), Espanhol (E).

Tipo de publicação: Quantitativa (QT), Qualitativa (QL).

Tipo de estudo: Artigo (A), Dissertação (D), Tese (T), Tese de Livre-Docência (TLD)

ANEXO A

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Fone.: 3061-7548 - Fax.: 3061-7548
C.P. 41633 - CEP 05422-970 - e-mail.: edipesq@usp.br

São Paulo, 15 de fevereiro de 2007.

Ilm.^a Sr.^a
Mônica Cecília de La Torre Ugarte Guanilo

Ref.: Processo nº 606/2006/CEP-EEUSP

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto “INDICADORES DE AVALIAÇÃO DA VULNERABILIDADE AO HIV DE MULHERES EM IDADE REPRODUTIVA”, informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analizado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Dulce Maria Rosa Gualda
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

ANEXO B

Instrumento para avaliação do rigor, credibilidade e relevância dos relatórios de pesquisas qualitativas*

Código do estudo	
Tipo de publicação	Artigo (☐) Dissertação (☐) Tese (☐) Tese de Livre-Docência (☐)
PROBLEMA DE PESQUISA	
Existe um problema relevante que norteie o estudo? O mesmo outorga significado à finalidade da pesquisa?	
OBJETIVO	
O objetivo de pesquisa está relacionado com o problema?	
METODOLOGIA DA PESQUISA	
Existe um método adotado no estudo? E o mesmo se ajusta aos objetivos da pesquisa?	
ESTRATÉGIA E TÉCNICAS DE AMOSTRAGEM	
Explique como e por que os participantes foram selecionados, ou razões pelas quais os participantes elegíveis recusaram participar ou abandonaram o estudo. Apresente com clareza como a informação foi coletada (entrevistas, grupos focais, etc.)	
MAXIMIZAR A VALIDEZ	
Apresente técnicas de validação de dados.	
RESULTADOS	
Os resultados apresentados se baseiam nos dados coletados e são coerentes com a finalidade do estudo? Os resultados oferecem novas informações ou reformulações ao objeto de estudo.	
ANÁLISE DOS DADOS	
Descreva o processo de análise?	
IMPLICAÇÕES	
É considerada a importância dos resultados para as práticas de saúde, formulação de políticas, elaboração de teorias ou para a formação de profissionais? Discuta as evidências a favor e contra os argumentos do pesquisador? Apresente discussão sobre se e como os resultados podem ser transferidos a outras populações.	
PROTEÇÃO DOS SUJEITOS HUMANOS	
O estudo tem aprovação do Comitê de Ética? E explique se os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido? Ou, deixe claro se os participantes aceitaram participar do estudo?	

Resultado: Nível A: (☐) Nível B: (☐)

*The University of Kent (2006a)

ANEXO C

Instrumento para avaliação do rigor, credibilidade e relevância dos relatórios de pesquisas quantitativas*

Código do estudo	
Tipo de publicação	Artigo () Dissertação () Tese () Tese de Livre-Docência ()
PROBLEMA DE PESQUISA	
Existe um problema relevante que norteie o estudo? O mesmo outorga significado à finalidade da pesquisa?	
OBJETIVO	
O objetivo de pesquisa está relacionado com o problema?	
METODOLOGIA DA PESQUISA	
Existe um método adotado no estudo? E o mesmo se ajusta aos objetivos da pesquisa? Especifique qual foi o grupo de comparação?	
ESTRATÉGIA E TÉCNICAS DE AMOSTRAGEM	
Explique como e por que os participantes foram selecionados, ou razões pelas quais os participantes elegíveis recusaram participar ou abandonaram o estudo. Apresente com clareza como a informação foi coletada. Existem suficientes detalhes sobre a natureza das intervenções na comparação?	
MAXIMIZAR A VALIDEZ	
Especifica testes estatísticos?	
RESULTADOS	
Os resultados apresentados se baseiam nos dados coletados?. Os resultados são coerentes com a finalidade do estudo?.	
ANÁLISE DOS DADOS	
Descreva o processo de análise? As conclusões estão fundamentadas nos dados?	
IMPLICAÇÕES	
São considerados os limites e as fortalezas para as práticas de saúde, formulação de políticas, elaboração de teorias ou para a formação de profissionais? Discuta as evidências a favor e contra os argumentos do pesquisador.	
PROTEÇÃO DOS SUJEITOS HUMANOS	
O estudo tem aprovação do Comitê de Ética. Explique se os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido? Ou, deixe claro se os participantes aceitaram participar do estudo?	

Resultado: Nível A: ()

Nível B: ()

*The University of Kent (2006b)

ANEXO D

Instrumento para avaliação da validade dos resultados de pesquisas qualitativas de revisão*

Código do estudo	
Tipo de publicação	Artigo (☐) Dissertação (☐) Tese (☐) Tese de Livre-Docência (☐)
PERGUNTA DE PESQUISA	
Existe uma pergunta discernível que norteie o estudo? Em termos de população, intervenções e resultados considerados? A revisão inclui tipos de estudos adequados à temática de interesse?	
ESTUDOS RELEVANTES	
Os revisores tentam identificar todos os estudos relevantes realizando buscas amplas em base de dados representativos? Informa as bases de dados consultadas, disponibiliza a lista de referências?	
QUALIDADE DOS ESTUDOS	
Os revisores avaliam a qualidade dos estudos?	
RESULTADOS E DISCUSSÃO	
Se os resultados dos estudos são apresentados e comparados? Considerar se os resultados de cada estudo foram adequadamente apresentados e se há similaridade ou divergência dos resultados.	
IMPLICAÇÕES	
São considerados os limites e as fortalezas para as práticas de saúde, formulação de políticas, elaboração de teorias ou para a formação de profissionais? Discuta as evidências a favor e contra os argumentos do pesquisador.	

Resultado: Nível A: (☐)

Nível B: (☐)

*The University of Kent (2006c)