UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

EDILENE LINS DE MOURA

FATORES DE IMPACTO QUE INFLUENCIAM NA ADESÃO AO PRESERVATIVO POR MULHERES SOROPOSITIVAS PARA O HIV/COM AIDS

SÃO PAULO
2011

EDILENE LINS DE MOURA

FATORES DE IMPACTO QUE INFLUENCIAM NA ADESÃO AO PRESERVATIVO POR MULHERES SOROPOSITIVAS PARA O HIV/COM AIDS

Tese apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de concentração:
Cuidados em Saúde

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Neide de Souza Praça

SÃO PAULO

2011

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

Assinatura: _____

Data:___/____/___

Catalogação na Publicação (CIP)

Biblioteca "Wanda de Aguiar Horta"

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Moura, Edilene Lins de

Fatores de impacto que influenciam na adesão ao preservativo por mulheres soropositivas para o HIV/com aids / Edilene Lins de Moura. -- São Paulo, 2011.

183 p.: il.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Neide de Souza Praça

1. HIV 2. Saúde da mulher 3. Ações 4. Relações sexuais

5. Dispositivos anticoncepcionais I. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Edilene Lins de Moura

Titulo: Fatores de impacto que influenciam na adesão ao preservativo por mulheres soropositivas para o HIV/com aids

Tese apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovado em: ___/___/___

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição:_____
Julgamento:_____ Assinatura:_____

Prof. Dr. _____ Instituição:_____
Julgamento:_____ Assinatura:_____

Prof. Dr. _____ Instituição:_____
Julgamento:_____ Assinatura:_____

Prof. Dr. _____ Instituição:_____
Julgamento:_____ Assinatura:_____

Prof. Dr. _____ Instituição:_____
Julgamento:_____ Assinatura:_____

Dedicatória

A Deus, meu Pai e Criador,

Ao Meu Senhor,

Que pelo seu grandioso amor me abençoou

Obrigada,

Por estar sempre ao meu lado.

Por fortalecer meu coração

E por me ensinar a amar o próximo.

Obrigada , Senhor,

Por permitir realizar este sonho.

Só o Senhor sabe o quanto Lhe amo.

AO SENHOR TODA A HONRA E TODA A GLÓRIA, PARA TODO SEMPRE.

Amém.

Aos meus pais,

Aderlindo e Elizabete.

Obrigada,

Por me ensinarem a confiar no Maravilhoso Deus,
Pela minha existência,
Pela compreensão,
Pelo apoio sem fim.
Por acreditarem em mim,
Por me amarem e
Por estarem presentes em todas as trajetórias da minha Vida,
Nunca deixando -me sozinha.
Obrigada,
Pelo carinho que me deram durante a realização deste Estudo,
Por secarem as minhas lágrimas e fazerem delas um sorriso em meus lábios.

Meu obrigada
sem fim...
Amo
Vocês.

À Eliane, minha irmã preciosa, pelas doces palavras de conforto e incentivo. Pelo amor e apoio nos momentos difíceis e felizes de nossas vidas.

Ao Cláudio, meu cunhado, pelo carinho, apoio e compreensão.

Que Deus sempre ilumine os seus caminhos.

Felipe e André ,

Os dois grandes amores da minha vida.

Aos meus familiares,

pelo apoio, incentivo, carinho e pelos momentos de alegria.

À Prof.ª Dr.ª Neide de Souza Praça,

Minha querida orientadora,

Pelo incentivo, apoio, orientação e muita dedicação.

Por acreditar novamente em mim.

E paciência em me conduzir no caminho da pesquisa.

Muito Obrigada.

Que O Senhor Nosso Deus, a abençoe grandemente.

Às mulheres soropositivas para o HIV/com aids,

Inspiração para realização desta pesquisa,

Meu carinho e gratidão.

Agradecimentos

Às colegas do Grupo de Pesquisa em Enfermagem sobre a Transmissibilidade do HIV em Mulheres – GEPTHIM, pelos momentos que compartilhamos nossas experiências e pelo incentivo.

Às Professoras Dr.ª Ana Cristina Mancussi e Faro e Dr.ª Lucia Yasuko Izumi Nichiata, pelas valiosas orientações no Exame de Qualificação.

Aos Especialistas, professores universitários, pela valiosa contribuição na construção do instrumento de pesquisa, compartilhando suas experiências.

Ao SAEDST/Aids Butantã, por permitir a realização desta pesquisa, tornando possível o contato com as mulheres soropositivas para o HIV/com aids que participaram deste estudo.

À Equipe de Enfermagem do SAEDST/Aids Butantã, pelo grande apoio e incentivo e por me acolherem durante a realização desta pesquisa.

Às Enfermeiras Claudia e Ecleide do SAEDST/Aids Butantã pelo apoio, auxílio, presteza e oportunidade que possibilitaram a coleta de dados desta pesquisa.

À Equipe Interdisciplinar do SAEDST/Aids Butantã, pelo apoio e compreensão.

Ao Prof. Dr. Luis Carlos Almeida, pela valiosa orientação e análise estatística.

À Prof.ª Joana D'Arc da Silva Costa, pela disponibilidade e cuidado na revisão do texto em língua portuguesa, deste estudo.

À Enfermeira Patrícia de Freitas, pela grande amizade e apoio.

À Enfermeira Fabiana Chagas, Chefe de Seção da UTI Pediátrica e Neonatal, pela amizade, apoio, incentivo e compreensão.

À Adriane, Ana Beatriz, Eliana, Fabiana Passos, Ione, Marcelo, Nair, Solange, Tatiane, Vanessa Cristina, Vanessa Ruiz, enfermeiros indispensáveis da UTI Pediátrica e Neonatal do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, pela amizade, apoio, incentivo e por compreenderem a minha ausência.

Aos Técnicos de Enfermagem e Luciana da UTI Pediátrica e Neonatal do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, pelo incentivo e apoio.

À Enfermeira Telma Moreira Souza, pelo apoio, incentivo e compreensão.

À Adriana, Ana Paula, Atsuko, Catarine, Cleusa, Gilcéria, Ilva, Márcia, Suzete, Vanessa, enfermeiras do Alojamento Conjunto do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, pelos longos anos de amizade e por compartilharmos vários momentos importantes de nossas vidas.

Ao Departamento de Enfermagem do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, pela oportunidade novamente oferecida para o meu desenvolvimento profissional.

À Universidade de São Paulo, em especial à Escola de Enfermagem, pela minha formação profissional.

Ao Programa Municipal de DST/AIDS de São Paulo, em especial, Flávio Andrade Santos Capelli, pelas orientações e análise do projeto de pesquisa.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura da Cidade de São Paulo, por autorizar a realização desta pesquisa.

À Isabel Cristina Calherani, bibliotecária da Biblioteca "Wanda de Aguiar Horta" da Escola de Enfermagem da Universidade São Paulo, pela presteza na elaboração da ficha catalográfica.

RESUMO

Moura EL. Fatores de impacto que influenciam na adesão ao preservativo por mulheres soropositivas para o HIV/com aids. [Tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.

O presente estudo, com abordagem quantitativa, foi motivado pela reduzida adesão ao uso do preservativo pela mulher soropositiva ao HIV/com aids e pela gravidez indesejada. Teve como objetivo geral discriminar fatores de impacto que influenciam as ações de mulheres soropositivas ao HIV/com aids no uso de preservativos, e como objetivos específicos: construir um instrumento para avaliação de fatores de impacto no campo de interesse; identificar os fatores de impacto relacionados à adesão aos preservativos pela mulher soropositiva ao HIV/com aids; associar a situação sociodemográfica dessa mulher às variáveis de maior influência na adesão aos preservativos. Na construção do instrumento de coleta de dados, especialistas avaliaram o formulário original e emitiram sugestões que resultaram em sua reformulação. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura da Cidade de São Paulo. Os dados foram coletados no período de setembro de 2009 a setembro de 2010, por meio de entrevistas com 201 mulheres soropositivas ao HIV/com aids que frequentavam um serviço de assistência especializada em DST/aids no município de São Paulo. Os achados foram tratados estatisticamente, iniciando pela avaliação da consistência do instrumento utilizado. Identificaram-se dez fatores de impacto que influenciam na adesão aos preservativos da mulher HIV positivo/com aids. Em ordem decrescente de valor, os impactos obtidos foram: Relações de Gênero, Cultural, Comportamental, Cognitivo, Drogadição, Religioso-Sentimental, Intencional, Socioeconômico, Protetor e Fidelidade. Como se vê, as relações de gênero mostraram-se com maior impacto na adesão ao preservativo; no outro extremo, a fidelidade entre os parceiros mostrou menor impacto sobre esta situação. Os dados mostraram, também, que as mulheres apresentavam dificuldade na decisão em aderir ao uso do preservativo, mesmo recebendo orientações sobre sua necessidade, pelo serviço de assistência especializado. Concluiu-se que a assistência à mulher soropositiva ao HIV necessita ser implementada em relação às orientações sobre o uso do preservativo em todas as relações sexuais; orientações que devem ser realizadas com o casal, priorizando as suas dúvidas e dificuldades. O apoio deverá ser contínuo, para fortalecer e incentivar a aderência ao preservativo. Sugere-se, também, a replicação do instrumento construído para sua validação junto a outros grupos de mulheres infectadas pelo HIV/com aids, no país.

DESCRITORES: HIV, Saúde da Mulher, ações, relação sexual, preservativos.

Abstract

Moura EL. Factors of impact that influences the use of protection by women who are HIV positive/with AIDS. [thesis] São Paulo (SP): Nursing School, University of São Paulo; 2011.

This study, with a quantitative approach, was motivated by the reduced use of protection by women who are HIV positive/with AIDS and also by the undesirable pregnancy. The general aim was to discriminate the factors of impact that influences these HIV women's actions, according to the use of protection. The specific aims were: to create an instrument to evaluate the factors of impact in the field of interest; to identify the factors of impact related to the use of protection by the HIV women with AIDS and also to relate the socio-demographic situation of these women to the variables that have higher influence in the use of protections. During the creation of the instrument for data collection some changes were done considering the suggestions given by the experts who have evaluated the original. The study was approved by the Ethic and Research Committee of the Health Department of São Paulo city. The data collection was done between September 2009 and September 2010, by interviews with 201 women who are with STD/AIDS and used to go to a STD/AIDS assistance service in São Paulo city. The findings were statistically analyzed, starting from the consistency of the instrument used. It was found ten factors that influenced the use of protection by the HIV women with AIDS. In a decreasing order of value, the factors of impact were: Relation of Gender, Culture, Behavior, Cognition, Use of Drugs, Religion-Feeling, Intention, Society-Economic, Protection and Fidelity. According to the results, the relation of gender had more impact in the use of protection; on the other hand, the fidelity between the partners had less impact on the situation. The findings also showed that the women had difficult in deciding the use of protection, even after the specialized assistance service has given them orientation to the necessity. It was concluded that the assistance to the HIV women needs to be improved in order to give better orientation towards the use of protection during all sexual intercourses. This orientation has to be given to the couple, prioritizing their doubts and difficulties. The support must be continuous, in order to motivate and intensify the use of protection. It was also suggested the use of the instrument created, in order to get its validation with other groups of HIV women with AIDS, in the country.

Descriptors: HIV, Women Health, actions, sexual intercourse, protection.

RESUMEN

Moura EL. Factores de impacto que influencian la adhesión al preservativo por mujeres seropositivas para VIH/con SIDA. [Tesis] São Paulo (SP): Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo; 2011.

El presente estudio, con abordaje cuantitativo, fue motivado por la reducida adhesión al uso del preservativo en mujeres seropositivas a VIH/con SIDA y gravidez indeseada. Tuvo como objetivo general discriminar los factores de impacto que influencian el uso de preservativo en mujeres seropositivas a VIH/con SIDA y como objetivos específicos: construir un instrumento para evaluación de factores de impacto en esta área; identificar los factores de impacto relacionados con la adhesión a los preservativos por la mujer seropositiva a HIV/con SIDA; asociar la situación sociodemográfica de esa mujer a las variables de mayor influencia en la adhesión a los preservativos. Para la construcción del instrumento de recolección de datos, especialistas evaluaron el formulario original y dieron sugerencias que condujeron a su reformulación. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Secretaria de Salud de la Alcaldía del Municipio de São Paulo, Brasil. Los datos fueron recolectados entre setiembre de 2009 y setiembre de 2010, por medio de entrevistas con 201 mujeres seropositivas a VIH/con SIDA que frecuentaban un servicio de asistencia especializada en ETS/SIDA en el municipio de São Paulo. Los resultados fueron tratados estadísticamente, iniciando con la evaluación de la consistencia del instrumento utilizado. Se identificaron diez factores de impacto que influencian en la adhesión a los preservativos por parte de la mujer VIH positiva/con SIDA. En orden descendente, los impactos obtenidos fueron: Relaciones de Genero, Cultura, Comportamiento, Cognición, Drogadicción, Religioso-Sentimental, Intencional, Socioeconómico, Protector y Fidelidad. Como se ve, las relaciones de genero tienen mayor impacto en la adherencia al preservativo; en el otro extremo, la fidelidad entre la pareja tiene menor impacto sobre esta situación. Los datos muestran, también, que las mujeres tenían dificultad en la tomar la decisión de adherir al uso del preservativo, a pesar de recibir orientaciones sobre su necesidad por el servicio de asistencia especializado. Se concluye que es necesario implementar en la asistencia a la mujer seropositiva a VIH orientaciones sobre el uso del preservativo en todas las relaciones sexuales; informaciones que deben ser realizadas con la pareja, dando prioridad a dudas y dificultades. Debe darse apoyo continuamente, para fortalecer e incentivar a adherencia al preservativo. Se sugiere, también, la replicación del instrumento construido para su validación con otros grupos de mujeres infectadas con VIH/con SIDA en el país.

DESCRIPTORES: VIH, Salud de la Mujer, acciones, relación sexual, preservativos

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Distribuição sociodemográfica da amostra 58

Tabela 2 - Caracterização da amostra, segundo variáveis relacionadas aos filhos, parceiros, transmissão do HIV e uso de drogas 60

Tabela 3 - Caracterização da amostra, segundo uso do preservativo 62

Tabela 4 - Distribuição sociodemográfica dos parceiros das mulheres da amostra 64

Tabela 5 - Distribuição sociodemográfica dos filhos das mulheres soropositivas para o HIV da amostra 66

Tabela 6 - Variáveis sociodemográficas segundo média, mediana, moda, Desvio padrão e número mínimo e máximo 68

Tabela 7 - Valores do *Eigenvalue* para os Fatores e porcentagens de explicação da variância e porcentagens acumulativas 69

Tabela 8 - Distribuição das variáveis que compõem o Fator 1, segundo a carga fatorial e o valor do Alfa de Cronbach 71

Tabela 9 - Distribuição das variáveis que compõem o Fator 2, segundo a carga fatorial e o valor do Alfa de Cronbach 74

Tabela 10 - Distribuição das variáveis que compõem o Fator 3, segundo a carga fatorial e o valor do Alfa de Cronbach 76

Tabela 11 - Distribuição das variáveis que compõem o Fator 4, segundo a carga fatorial e o valor do Alfa de Cronbach 79

Tabela 12 - Distribuição das variáveis que compõem o Fator 5, segundo a carga fatorial e o valor do Alfa de Cronbach 81

Tabela 13 - Distribuição das variáveis que compõem o Fator 6, segundo a carga fatorial e o valor do Alfa de Cronbach 83

Tabela 14 - Distribuição das variáveis que compõem o Fator 7, segundo a carga fatorial e o valor do Alfa de Cronbach 85

Tabela 15 - Distribuição das variáveis que compõem o Fator 8, segundo a carga fatorial e o valor do Alfa de Cronbach 87

Tabela 16 - Distribuição das variáveis que compõem o Fator 9, segundo a carga fatorial e o valor do Alfa de Cronbach 88

Tabela 17- Distribuição das variáveis que compõem o Fator 10, segundo a carga fatorial e o valor do Alfa de Cronbach 90

Tabela 18- Distribuição da frequência das respostas da amostra para a questão 99, em relação às variáveis sociodemográficas da mulher e seu parceiro 93

Tabela 19- Distribuição da frequência das respostas da amostra para a questão 61, em relação às variáveis sociodemográficas da mulher e seu parceiro 97

Tabela 20- Distribuição da frequência das respostas da amostra para a questão 62, em relação às variáveis sociodemográficas da mulher e seu parceiro 101

Tabela 21- Distribuição da frequência das respostas da amostra para a questão 28, em relação às variáveis sociodemográficas da mulher e seu parceiro 104

Tabela 22- Distribuição da frequência das respostas da amostra para a questão 99, em relação às variáveis sociodemográficas da mulher e seu parceiro 108

Tabela 23- Distribuição da frequência das respostas da amostra para a questão 50, em relação às variáveis sociodemográficas da mulher e seu parceiro 112

Tabela 24- Distribuição da frequência das respostas da amostra para a questão 88, em relação às variáveis sociodemográficas da mulher e seu parceiro 116

Tabela 25- Distribuição da frequência das respostas da amostra para a questão 90, em relação às variáveis sociodemográficas da mulher e seu parceiro 120

Tabela 26- Distribuição da frequência das respostas da amostra para a questão 80, em relação às variáveis sociodemográficas da mulher e seu parceiro 124

Tabela 27- Distribuição da frequência das respostas da amostra para a questão 27, em relação às variáveis sociodemográficas da mulher e seu parceiro 128

Tabela 28- Distribuição da frequência das respostas da amostra para a questão 35, em relação às variáveis sociodemográficas da mulher e seu parceiro 133

Tabela 29 - Distribuição das respostas da amostra para as questões relevantes e a situação sorológica ao HIV do parceiro 138

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

RESUMEN

LISTA DE TABELAS

INTRODUÇÃO 27

OBJETIVOS 37

MÉTODO 39

Local 39

População 40

Amostra 40

COLETA DE DADOS 42

Procedimento 42

Instrumento 43

Construção 44

Avaliação por Especialistas 47

Princípios Éticos 50

Tratamento dos dados 51

RESULTADOS E DISCUSSÃO 57

Caracterização da Amostra 57

Fatores de Impacto 69

Relação entre as afirmativas mais relevantes e variáveis sociodemográficas 92

CONCLUSÃO 142

CONSIDERAÇÕES FINAIS 145

REFERÊNCIAS 148

APÊNDICES 157

ANEXO 181

Introdução

A promoção do uso do preservativo representa um componente importante de estratégias abrangentes na prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (DST/aids). Desde 2000, novas evidências científicas com estudos na perspectiva de observação, testes de casais randomizados e testes de prevenção de DST com inclusão de componentes de promoção de uso de preservativo, vieram comprovar sua eficácia na prevenção de DST em homens e mulheres, embora nenhum desses estudos tenham apresentado 100% de eficácia (Holmes, Levine, Weaver, 2004).

No Brasil, de acordo com os dados epidemiológicos, até junho de 2010, cerca de 142.316 mulheres com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) foram infectadas pelos seus parceiros. Assim, dentre os 156.067 casos da Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida (aids) em mulheres com 13 anos de idade ou mais, 91,2% ocorreram pela transmissão heterossexual. Entre 1980 e 2010, foram identificados 320.666 casos de aids no sexo masculino. A partir de 2002, a razão de sexo foi de 15 homens para cada 10 mulheres (1,5:1) (Brasil, 2010a e 2007a).

Para as mulheres, a prevenção ainda é complexa. Mesmo com as recomendações do Programa Nacional de DST/Aids, extensivas aos Serviços de Atendimento Especializado (SAE), não foi possível atingir um resultado satisfatório, no país.

Sabe-se que na relação sexual, o risco de a mulher contrair o HIV é quatro vezes maior do que o do homem, pois o sêmen infectado permanece em contato prolongado com a mucosa vaginal da mulher, facilitando a penetração do vírus (Cidadania, estudo, Pesquisa, Informação e Ação – CEPIA , 2003).

Atualmente, a transmissão do HIV para as mulheres, pelos seus parceiros, via sexual, apresenta-se como um dos problemas críticos da epidemia, pois mesmo diante da presença do vírus, a negociação do sexo seguro é difícil (Santos *et al.*, 2002; Collazos *et al.*, 2005).

Para Gabriel *et al.* (2005), a submissão, a dependência e o amor da mulher pelo seu parceiro são os responsáveis pelo aumento da feminização

da epidemia, pela dificuldade em propor ações preventivas à transmissão do vírus.

A Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas Relacionada às DST e aids da População Brasileira de 15 a 64 anos de idade, realizada em 2008, revelou que a população brasileira possui elevado índice de informações sobre as formas de transmissão do HIV e sobre sua prevenção. As pessoas que possuem mais escolaridade têm maior informação, no entanto, mesmo entre aquelas com ensino fundamental incompleto, o preservativo é identificado. Em relação às regiões brasileiras, não há diferenças relevantes sobre o conhecimento da transmissão do vírus (Brasil, 2008).

Por outro lado, o uso do preservativo masculino ou feminino tem sido a melhor forma de prevenção contra o HIV. O uso correto em todas as relações sexuais apresenta efetividade estimada de 90 a 95% na prevenção da transmissão das DST e do HIV (Brasil, 2002).

Estudo realizado nos Estados Unidos da América (EUA) com população latina e latino-americana mostrou que os países latinos obtêm maior sucesso quanto às estratégias de prevenção, quando comparados aos EUA. A explicação reside na susceptibilidade de suas populações. As intervenções que compreendem o uso do preservativo e sua distribuição são melhor sucedidas na América Latina do que nos EUA (Albarracin, Albarracin, Durantini, 2008).

Mesmo diante desses resultados, sabe-se que há muito trabalho a ser feito, e que os resultados para o Brasil ainda não são satisfatórios dado à feminização da aids que ainda é crescente.

Entre 2004 e 2008, os indicadores de práticas de sexo protegido mostraram diminuição do uso de preservativos. O uso na última relação com parceiro não fixo apresentou queda de 67%, em 2004, para 60%, em 2008; o uso regular com parceiro casual caiu de 51,5% para 46,5% e o uso regular com parceiro fixo diminuiu de 25% para 20%. Dentre os indivíduos que tiveram mais de um parceiro, o uso de preservativo na última relação sexual com qualquer parceiro passou de 39,2% para 43,1%, embora com parceiro casual tenha ocorrido diminuição de 70,4% para 60,2% (Brasil, 2009).

Por meio de um conjunto de ações administrativas e educativas, o Ministério de Saúde promove o acesso da população aos insumos de prevenção, como o preservativo masculino, preservativo feminino e gel lubrificante. Em 2008, foi realizada distribuição de 410 milhões de unidades de preservativos masculinos, e em 2009, 466,5 milhões de unidades foram distribuídas. Em relação ao preservativo feminino, em 2008, foram distribuídas 3 milhões de unidades e, em 2009, 2,06 milhões. Em 2008, distribuíram-se 1,8 milhão de unidades de gel, sendo, em 2009, ampliado para 2,17 milhões. A distribuição do preservativo feminino é realizada principalmente para mulheres vivendo com HIV/aids, mulheres com DST, mulheres atendidas em Centros de Testagem e Aconselhamento, usuárias de drogas injetáveis, mulheres profissionais do sexo, mulheres atendidas no sistema prisional e mulheres atendidas na rede de atenção básica (Brasil, 2010b).

Por outro lado, as diferenças de gênero têm sido responsáveis pelo uso inadequado dos preservativos, prejudicando, portanto, o controle das DST/aids. Os papéis sociais desempenhados entre homens e mulheres possuem diferenças, dificultando a mulher no seu poder de decisão e no acesso aos recursos produtivos. Estas desigualdades geram discriminação quanto ao exercício de sua sexualidade. Nos papéis relacionados ao exercício da masculinidade, noções como a de que os homens devem ter mais de uma parceira sexual, ter controle de suas parceiras e que as práticas sexuais sem uso de preservativos são mais prazerosas, facilitam a vulnerabilidade das mulheres na prevenção da transmissão do HIV/aids. As variáveis vinculadas à desigualdade de gênero são explicadas pela inexistência ou pelas precárias políticas públicas que efetivam os direitos humanos das mulheres. A atenção à saúde da mulher, enfocando a proteção à maternidade, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde que garantem os direitos sexuais e reprodutivos femininos, a falta de acesso à educação, as práticas culturais e religiosas, a falta de empregos e a ocupação das posições mais precárias e nos setores informais da economia e a violência doméstica e sexual são fatores adicionais a essa situação (Brasil, 2007b).

Os homens devem ser encorajados a desempenhar papel de maior responsabilidade na prevenção ao HIV, com a intenção de se construir uma igualdade de gênero, para que se possa diminuir a feminização da epidemia (Joint United Nations Program on HIV/AIDS - UNAIDS, 2005). E com isso, evitar o sofrimento de mulheres, pelas repercussões que essa doença gera em suas vidas.

A crença e os valores culturais também influenciam na decisão de usar ou não os preservativos e podem resultar no aumento ou diminuição da transmissão do vírus da aids (Praça, Latorre, 2003).

Os preservativos, para alguns casais, são vistos unicamente como contraceptivos e não são usados quando se deseja uma gravidez. Além de que são difíceis de ser usados correta e consistentemente. Muitos fatores também podem ser decisivos na sua utilização, tais como o uso abusivo do álcool, o desconforto relatado por muitos, a comunicação deficiente e a educação insuficiente (Rutherford, 2008).

Some-se a condição apresentada por Ali, Cleland, Shah (2004) que consideram que os casais fixos, quando utilizam o preservativo, o fazem como um método contraceptivo, porém, quando o resultado não é o esperado, o preservativo é substituído por outro método contraceptivo mais eficaz. Se o uso de preservativos em curtos episódios for uma característica dentro do matrimônio, a eficácia deste método para interromper a transmissão do HIV será muito limitada. Já quando o motivo do uso do preservativo for como método de prevenção do HIV, o uso contínuo é aceito.

Outra situação que influencia a não adesão ao preservativo relaciona-se ao aconselhamento para planejamento familiar das mulheres HIV positivo. De modo geral, ainda que sendo considerado um serviço de boa qualidade, os profissionais de saúde nem sempre abordam orientações quanto às questões relativas ao emprego de preservativos na prevenção do HIV. É comum enfatizarem ações para o planejamento familiar e a reprodução; é incomum abordagem sobre a possibilidade de infecção pelo HIV para os conceptos ou sobre o melhor momento de engravidar para diminuir o risco de o bebê se infectar, de reinfecção da mãe ou do parceiro.

É dada ênfase sobre orientações quanto aos métodos anticonceptivos, ainda que sejam mulheres soropositivas, com vistas a planejarem uma gravidez (Brasil, 2002).

Por sua vez, as campanhas de esclarecimento à população, veiculadas pela mídia sobre o tema relacionado à aids, como as vias de transmissão divulgadas em datas específicas e por meio de metáforas, são insuficientes. Um programa único que alcance todas as necessidades de informações dos diversos grupos socioculturais é dificultado o que contribui para a pauperização, a feminização, a interiorização e a juvenização da aids no país (Praça, Gualda, 2004).

Do exposto depreende-se que não há como os profissionais de saúde se acomodarem à espera de que os meios de comunicação assumam sozinhos o trabalho direcionado à diminuição da epidemia por meio de suas informações. Suas orientações são importantes, principalmente pelos profissionais que têm contato próximo com a população. Por outro lado, o uso de preservativos deve ser decidido pelo casal e não deve ser responsabilidade somente de um dos parceiros.

A adesão ao sexo mais seguro necessita de aconselhamento adequado e apoio ao casal, com a mulher soropositiva, propiciando-lhe condições de conhecer, discutir e realizar opções conscientes no que concerne às decisões reprodutivas e à sua sexualidade (Santos *et al.*, 2002). Uma gravidez planejada pode diminuir o risco da transmissão vertical do HIV, quando os marcadores laboratoriais estejam sob controle (carga viral, CD4, CD8 e outros) (Silva, Alvarenga, Ayres, 2006). Estes marcadores devem ser conhecidos pelo casal a fim de que a gravidez possa ser planejada para que seu filho nasça sadio.

Em pesquisa anterior, realizada em São Paulo, com abordagem qualitativa, observou-se que 11, dentre 14 gestantes soropositivas ao HIV entrevistadas, não planejaram a gravidez, gerando tristeza, sofrimento e ansiedade nessas mulheres, enquanto esperavam o nascimento do filho, pelo risco da transmissão vertical, apesar de terem tido acesso às orientações e aos programas de prevenção das DST/aids. A transmissão do vírus HIV ao filho era um fator preocupante para essas gestantes, dado aos

problemas que a aids poderia ocasionar à família. Sentiam-se culpadas pelo que poderia ocorrer com a criança e percebiam como um erro o fato de estarem grávidas e por não existir cura para a aids (Moura, Praça, 2006). Em uma pesquisa realizada em Sorocaba, em relação à vivência de pais soropositivos para o HIV, enquanto aguardavam o diagnóstico definitivo do filho, mostrou que a fé e a crença em um Ser Superior dão forças para enfrentarem essa situação (Almeida, 2008).

Com base nesses resultados, decidiu-se realizar este estudo. Ainda que as estratégias que reduzem a transmissão vertical do HIV sejam efetivas, até junho de 2010, cerca de 12.709 (85,1%) crianças, menores de 13 anos, foram infectadas pelo HIV por esta via, no Brasil (Brasil, 2010a).

Estudo com gestantes em casais sorodiscordantes, em Brasília, DF, mostrou que a maioria não planejou a gravidez e a descoberta do HIV também foi concomitante. Para os homens, a gravidez ocorreu por acaso e não teriam aceitado a gestação se soubessem que suas parceiras eram soropositivas, pois se preocupavam com a saúde do bebê e sentiam medo de a criança infectar-se com o vírus (Azevedo, Guilhem, 2005).

Se ocorre uma gravidez não planejada com uma mulher soropositiva ao HIV, este fato remete à constatação de que essa mulher não utiliza preservativo na totalidade de suas relações sexuais. O que contribui para ela ter esta atitude? É uma das questões que se pretende responder com este estudo.

A adesão aos preservativos nas relações sexuais pode evitar o sofrimento de casais em relação à própria infecção pelo vírus e a de seus filhos. É necessário que haja diálogo aberto entre os profissionais de saúde e as mulheres para que se desenvolva uma relação de confiança entre ambos. Assim, as mulheres conseguirão expor seus sentimentos, angústias, medos e desejos, resultando em uma conquista da integralidade da atenção. Pesquisa com mulheres, vivendo relações conjugais estáveis, mostrou que o diálogo sobre a necessidade de uso do preservativo é sempre uma iniciativa da mulher por meio de táticas, como suspeitar da fidelidade masculina e de se prevenir de uma gravidez não desejada (Sousa, Espírito Santo, Motta, 2008).

O preservativo feminino é um dos mais seguros meios para a prevenção das DST/aids, entretanto médicos e enfermeiros que atuam em unidades de referência para DST/aids podem apresentar conhecimento inadequado sobre o seu uso. Tal constatação foi verificada em pesquisa realizada em 10 instituições públicas de referência para o tratamento de DST do município de Fortaleza, CE, onde se confirmou que as orientações sobre o método eram oferecidas de forma eventual e não de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde, desencorajando o seu uso pelo cliente. A justificativa para seu uso deve residir na proteção que confere, em especial, à população feminina, além de diminuir a desigualdade de gênero e permitir a prática do sexo mais seguro (Oliveira *et al.*, 2008).

O uso do preservativo feminino pode dar mais controle à mulher porque é possível ser inserido antes das relações sexuais, melhorando, assim, a proteção em situações em que há o consumo de álcool ou droga, pois são fatores que podem reduzir a possibilidade do uso de um preservativo. Este método não substitui o masculino ou qualquer outra forma de proteção, mas aumenta as armas disponíveis na redução das DST/aids (Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA - ONUSIDA, 1998).

Este método contraceptivo de barreira feminino auxilia a mulher a proteger seu corpo, contudo ainda precisa ser aceito e fazer parte de sua cultura. É um grande auxiliador no combate à epidemia da aids.

É importante que homens e mulheres descubram porque é necessário a utilização do preservativo e compete ao profissional de saúde, não só diagnosticar e tratar as DST/aids, como orientá-los quanto a prevenção (Nadal, 2003).

Estudo realizado com homens e mulheres domiciliados em algumas áreas urbanas, das cinco regiões geográficas do Brasil, mostrou aumento significativo no uso do preservativo, nos últimos anos, graças ao esforço de programas oficiais de prevenção de DST/aids. Os autores concluíram, porém, que é preciso aprofundar a discussão em torno de ações que aumentem o uso consistente de preservativo nas populações mais

vulneráveis, como as mulheres jovens e em parcerias estáveis (Berquó, Barbosa, Lima, 2008).

Portanto, é de suma importância o trabalho que o Programa Nacional de DST/AIDS vem realizando no Brasil, para que haja a redução da disseminação do HIV, oferecendo prioridades na ampliação da cobertura e garantia de acesso aos métodos de prevenção para a população de maior risco e vulnerabilidade. Possibilitar o diagnóstico para a população em geral, priorizando a gestante, bem como tratamento com antiretrovirais diante de infecções oportunistas e sífilis, informação sobre DST e HIV/aids, ações educativas para crianças e adolescentes nas escolas, facilitam a promoção de mecanismos para a melhoria da qualidade de vida do atendimento às pessoas vivendo com HIV/aids e outras DST (Brasil, 2005).

O Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST também representa a consolidação de uma política intersetorial para a redução das DST/aids, pois fortalece os direitos das mulheres, a atuação no campo da promoção da saúde e da prevenção, aqui subentendida a adesão ao preservativo. Esse Plano tem como referência a mobilização da sociedade em relação aos direitos sociais, políticos, econômicos e reprodutivos das mulheres. Sua aplicação provém dos estados, municípios e sociedade civil do país, e promove a integração de diferentes áreas de defesa do direito da mulher e da sua saúde, com o objetivo de contemplar a sustentabilidade, a descentralização e a atenção integral às mulheres (Brasil, 2007b).

No município de São Paulo, a diminuição da epidemia tem sido resultado do esforço conjunto das Organizações da Sociedade Civil e dos setores governamentais no âmbito municipal, estadual e federal. Desde 2002, a Comissão Municipal de DST/Aids vem atuando junto às diretrizes das políticas de aids e colaboram com a construção de estratégias de acompanhamento e monitoramento em DST/HIV/aids, beneficiando as pessoas vivendo com HIV/aids, por meio dos Serviços Municipais Especializados em DST/HIV/aids (CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento; SAE – Serviço de Assistência Especializada; CR - Centro

de Referência em DST/Aids) e Organizações da Sociedade Civil (São Paulo, 2008 e 2005).

Esses serviços também transmitem informações sobre o uso de preservativo e fazem sua distribuição à população.

Diante dessa situação, onde o uso do preservativo não é universal dentre os infectados, esta pesquisa buscou identificar ***o que motiva a mulher soropositiva ao HIV/com aids a não aderir ao uso do preservativo em todas suas relações sexuais?***

Este estudo tem como finalidade compreender as ações/motivações sobre o uso do preservativo, de modo a contribuir no aperfeiçoamento da assistência de mulheres soropositivas para o HIV, e por extensão, à população em geral.

Investigar fatores de impacto na adesão aos preservativos pela mulher soropositiva para o HIV ajudará a compreensão de sua assimilação e incorporação das informações sobre o tema disseminadas pelos serviços de saúde, e pela mídia, assim como indicará pontos de estrangulamento das políticas propostas pelo gestor de saúde.

Com este propósito, e tendo por base estudos e a prática profissional, acredita-se que a adesão ao preservativo depende de fatores culturais que são geradores de forte impacto para esta prática, pela mulher HIV positivo. Assim, este estudo foi realizado com os objetivos apresentados a seguir.

Objetivos

Esta pesquisa tem como **objetivo geral**:

- Discriminar fatores de impacto que influenciam as ações de mulheres soropositivas ao HIV/com aids para o uso de preservativos.

Objetivos específicos:

- Construir um instrumento para avaliação de fatores de impacto relacionados à adesão aos preservativos por mulheres soropositivas para o HIV/com aids.

- Identificar fatores de impacto, relacionados ao uso de preservativos, que atuam sobre as ações da mulher soropositiva ao HIV/com aids.

- Associar a situação sociodemográfica da mulher soropositiva ao HIV/com aids às variáveis de maior influência nas ações de adesão aos preservativos.

Método

MÉTODO

Este é um estudo quantitativo, exploratório, com análise estatística de dados qualitativos, que investigou os fatores de impacto que influenciam as ações da mulher soropositiva ao HIV na adesão aos preservativos.

Local

O estudo foi realizado no Serviço de Assistência Especializada em DST/Aids Butantã (SAEDST/Aids), da Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura da Cidade de São Paulo, localizado no bairro do Butantã, região oeste do município de São Paulo. Este serviço presta assistência ambulatorial aos portadores do HIV e com aids, provenientes do município de São Paulo e de outros estados do país. Atende também a pacientes com outras doenças sexualmente transmissíveis, filhos expostos de mães soropositivas para o HIV e seus familiares. Realiza ainda teste convencional para HIV, sífilis, hepatite B e C para a população.

O SAEDST/Aids, campo de estudo, tem cerca de 584 mulheres soropositivas para o HIV/com aids matriculadas que recebem assistência de equipe interdisciplinar, como enfermeiro, clínico geral, psiquiatra, infectologista, ginecologista, urologista, pediatra, sanitarista, nutricionista, assistente social, terapeuta ocupacional, farmacêutico, educador, psicólogo, dentista, fisioterapeuta (em alguns casos), técnico e auxiliar de enfermagem, copeiro, escriturário e agentes de apoio.

Por meio do Serviço de Orientação ao Usuário (SOU), as mulheres soropositivas para o HIV, também, recebem informações sobre o HIV, sobre as vias de transmissão, o tratamento e a prevenção. Dois grupos de apoio atendem a essas mulheres: o grupo de adesão, formado por psicóloga, terapeuta ocupacional e educadora, que incentiva a adesão ao tratamento, e o grupo de Lian Gong (ginástica chinesa), formado por terapeuta ocupacional.

Dependendo do quadro clínico da mulher, é realizada consulta semanal e ou mensal, quando são oferecidos exames laboratoriais para monitorar o tratamento, orientação, dispensação de medicamentos antirretrovirais, atividade educativa para adesão à terapia antirretroviral, e são oferecidos preservativos masculinos e femininos.

Para os filhos das mulheres com sorologia positiva, é realizado acompanhamento interdisciplinar até a confirmação ou não da sorologia para o HIV. Quando confirmada a soropositividade, o acompanhamento interdisciplinar é realizado periodicamente. Diante de resultado de sorologia negativo, a criança exposta é encaminhada para acompanhamento médico na UBS a partir dos dois anos de idade.

Vale acrescentar que, no serviço, as consultas ocorrem de segunda a sexta-feira, no horário das 7 às 19 horas.

População

Foi constituída por mulheres soropositivas para o HIV e/ou com aids atendidas no citado serviço de saúde especializado.

Amostra

A amostra de 201 mulheres teve seu tamanho definido estatisticamente, considerando-se o número de 584 soropositivas ao HIV e ou com aids, atendidas no serviço, campo de estudo, associado à proporção de mulheres que usaram preservativos na última relação sexual (27,2%) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e

da Mulher (PNDS) (Brasil, 2006). A fórmula empregada foi (REA, PARKER, 2000):

$$n = \frac{N * z_{1-\alpha/2}^{2} * p * q}{(N-1) * m^{2} + z_{1-\alpha/2}^{2} * p * q}$$

onde:

N :tamanho da população alvo – mulheres matriculadas no serviço;

p : prevalência esperada de mulheres que usaram preservativos na última relação sexual;

q :prevalência complementar (1-p);

$z_{1-\alpha/2}$: escore-z para o nível de significância alfa;

m :margem de erro atribuída para o intervalo de confiança da prevalência.

Para a população alvo (N = 584), com margem de erro de 5% (m = 0,05), nível de significância de 5% (z = 1,96) e p = 0,272 (de acordo com a PNDS, 2006), o tamanho da amostra foi de n = 201 mulheres (n aproximado para o próximo inteiro).

Para participar da amostra consideraram-se os seguintes critérios de inclusão:

- Ter confirmada a soropositividade para o HIV.
- Ter idade igual ou superior a 18 anos.
- Estar recebendo acompanhamento interdisciplinar no serviço de saúde especializado há pelo menos seis meses.
- Ter recebido orientação quanto ao uso do preservativo masculino e feminino nas relações sexuais.
- Ter vida sexual ativa ou relação sexual há pelo menos 30 dias.
- Ser alfabetizada.
- Aceitar participar da pesquisa.

COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no período de setembro de 2009 a setembro de 2010, de segunda - feira a sexta - feira, no período da manhã ou tarde, tendo o cuidado de não interferir na dinâmica do serviço.

Procedimento

A identificação das mulheres era feita de duas maneiras: pela equipe do SAE DST/Aids, quando compareciam ao serviço para atendimento, e pela pesquisadora, por meio da lista de agendamento para a consulta médica, psicológica, de nutrição e/ou odontológica. Às quartas-feiras e quintas-feiras, às 7 e 9 horas, as mulheres compareciam ao serviço para coleta de sangue para exame laboratorial, momento adequado, também, para serem convidadas a participar do estudo, desde que atendessem aos critérios de inclusão.

Precedendo o atendimento da mulher ou imediatamente após, ela era contatada e, em local privativo definido pela equipe do SAE DST/Aids, era feita a apresentação e a informação sobre o estudo.

Diante do aceite em participar, preenchia-se o formulário (Apêndice 1), onde lhe era garantido o anonimato, a voluntariedade e o sigilo das informações.

Precedendo a entrevista, era entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 2), em duas vias, para que a pesquisada manifestasse sua concordância em participar do estudo.

O preenchimento do instrumento de coleta de dados foi realizado manualmente pela pesquisadora, em local privativo (sala). Vale ressaltar que, precedendo a entrevista, a mulher recebia uma cartela com a discriminação dos níveis que deveria apontar para cada resposta, de modo a facilitar sua expressão (Apêndice 3).

Instrumento

Para a coleta dos dados foi utilizado o Formulário (Apêndice 1) subdividido em duas partes:

Parte I – ***Caracterização sociodemográfica*** constituída pelas questões de números 1 a 3. Com perguntas abertas e fechadas que possibilitaram identificar a situação da entrevistada e de seus familiares.

Parte II - ***Afirmativas relacionadas ao uso de preservativos*** elaboradas sob a forma da Escala de Likert e segundo os princípios de elaboração de escala psicológica preconizado por Pasquali (1998).

Construção

Para a construção do citado instrumento, seguiram-se os seguintes passos:

- busca bibliográfica sobre os temas HIV, mulher e preservativo;
- elaboração de afirmativas distribuídas por fatores;
- avaliação do conteúdo por especialistas;
- reformulação do conteúdo quando sugerido;
- elaboração do instrumento final.

Realizou-se revisão da literatura científica acerca do tema, na busca por estudos, que mostrassem o cognitivo e os comportamentos de mulheres, relacionados à adesão ao preservativo nas relações sexuais (Albarracin, Albarracin, Durantini, 2008; Cardoso, Malbergier, Figueiredo, 2008; Oliveira *et al.*, 2008; Rutherford, 2008; Sant'anna, Seidl, Galinkin, 2008; Schneider *et al.*, 2008; Schraiber, D'Oliveira, França Junior, 2008; Sousa, Espírito Santo, Motta 2008; Geluda *et al.*, 2006; Silva, Alvarenga , Ayres, 2006; Collazos *et al*., 2005; Gabriel, Barbosa, Vianna, 2005; Reis, Gir, 2005; São Paulo, 2005; Silveira, Santos, 2005; UNAIDS, 2005; Vasconcelos, Hamann, 2005; Benzaken *et al*., 2003; Oliveira, França Junior, 2003; Meneghel, 2003; Nadal, 2003; Praça, Gualda, 2003; Alves *et al*., 2002; Freitas, Gir, Furegato, 2002; Guerriero, Ayres, Hearst, 2002; Paiva *et al.,* 2002; Jimenez *et al.*, 2001; ONUSIDA,1998).

A experiência profissional da pesquisadora, também, foi considerada para a elaboração do instrumento.

Após a identificação de dados possíveis de interferir na adesão aos preservativos, construíram-se afirmativas relacionadas à aderência, as quais foram agrupadas em fatores que, na percepção da autora, representavam a mesma dimensão. Cada afirmativa foi, então, elaborada segundo os princípios de Pasquali (1998).

No instrumento construído, as afirmativas foram distribuídas por similaridade em sete fatores, considerados importantes para a avaliação do impacto sobre o comportamento da mulher HIV positivo e relacionado à adesão ao preservativo.

A seguir, apresentam-se os sete fatores e o que representavam:

- **Fator 1**, ***Institucional***: com afirmativas baseadas na manifestação de comportamentos e pensamentos de mulheres ante às recomendações divulgadas pelos serviços de saúde e pela mídia sobre uso de preservativo nas relações sexuais. Foi construído com sete itens.

- **Fator 2**, ***Cognitivo***: com afirmações sobre comportamentos derivados de pensamentos relacionados à adesão aos preservativos nas relações sexuais. Construído com seis itens.

- **Fator 3**, ***Cultural***: as afirmativas que o compuseram envolviam crenças, tabus e comportamentos diante da aderência ao preservativo nas relações sexuais. Construído com 28 itens.

- **Fator 4**, ***Sentimental***: construído com afirmativas que envolviam sentimentos voltados à adesão ao preservativo nas relações sexuais. Construído com 14 itens.

- **Fator 5**, ***Socioeconômico***: composto por afirmativas que envolviam o relacionamento das mulheres soropositivas, os custos e as dificuldades financeiras que poderiam influenciar a adesão aos preservativos nas relações sexuais. Construído com oito itens.

- **Fator 6**, ***Religioso***: afirmativas com realce para as crenças e os comportamentos religiosos com enfoque na adesão ao preservativo. Construído com cinco itens.

- **Fator 7**, ***Relações de Gênero***: construído com afirmativas que envolviam questões de gênero que poderiam pesar na aderência aos preservativos. Construído com dez itens.

O instrumento foi composto, portanto, por 78 afirmativas, que foram avaliadas por especialistas com atuação na área do conteúdo.

Avaliação por especialistas

Contrariando a proposição de que a escala de Likert dispensa a análise de juízes, após a elaboração das afirmativas e sua distribuição pelos fatores, submeteu-se o conjunto de afirmações formuladas à avaliação do conteúdo por três especialistas – professores universitários da área de enfermagem, de uma universidade pública do município de São Paulo, com experiência no campo de conhecimento do estudo.

É importante citar que foram contatados pela pesquisadora que manteve o anonimato e o sigilo sobre cada avaliador e estes não tiveram conhecimento de quem eram seus pares.

Em contato prévio, entre ambos, a pesquisadora expos aos especialistas, o objetivo e a finalidade da pesquisa e, na ocasião, foi entregue a cada avaliador a carta convite contendo as instruções e a garantia de sigilo e de anonimato (Apêndice 4). Aos especialistas, solicitou-se não só a análise como o julgamento da adequação de cada afirmativa, quanto ao conteúdo e à construção, bem como sugestões, se necessário, referentes à clareza das afirmativas.

Obtida a concordância dos especialistas em avaliar o instrumento em construção, estes receberam uma brochura contendo as 78 afirmativas elaboradas, distribuídas pelos sete fatores. Para a análise e as sugestões quanto à adequação de cada item deveriam ser consideradas (Apêndice 5):

- a dimensão das afirmações: se abrangiam o conteúdo a ser estudado;
- o grau de pertinência do item: se as afirmativas nele contidas representavam o conteúdo a ser estudado e se correspondiam ao fator em que estavam inseridas;
- o grau de relevância do item: se as afirmativas eram importantes e se apresentavam relação com o conteúdo temático;
- o grau de adequação da formulação: se o conteúdo de cada afirmativa estava claro e era de fácil compreensão.

Para cada afirmativa, os especialistas consideraram as assertivas como adequadas, ou não, relevantes ou não, pertinentes ou não, de modo a atender à finalidade de se manter as afirmativas que realmente fizessem parte do universo do fator que se pretendia medir. Vale acrescentar que as afirmativas que não atingem concordância de cerca de 80% dos juízes, devem ser descartadas no instrumento construído (Pasquali, 1998). Cada especialista dispôs de 30 dias para realizar a primeira avaliação das afirmativas formuladas e outros 30 para reavaliar, quando necessário.

Durante a avaliação, foi solicitado aos especialistas que sugerissem alterações caso achassem conveniente. As sugestões dadas por eles voltaram-se ao desmembramento de questões que abordavam o tipo de preservativo. A princípio, generalizado, a sugestão foi que se elaborasse uma questão para “preservativo masculino” e outra, com conteúdo semelhante, voltada ao “preservativo feminino”. Os três especialistas sugeriram a realocação de afirmativas dentre os fatores, de modo à obtenção de maior clareza e adequação na construção do instrumento (Apêndice 6).

Os resultados obtidos levaram à reformulação de questões que não estavam em concordância com os três especialistas e ou que foram desmembradas, conforme eles sugeriram. Depois de reformular, tais questões foram encaminhadas para nova avaliação. Reunidas posteriormente, compuseram o total de itens que passou a compor o instrumento de coleta de dados.

Houve, ainda, a redistribuição dos fatores, com a inclusão de um novo fator (comportamental), composto por itens que constavam em outros fatores e que, por sugestão dos especialistas, foram realocados. Passou-se, assim, a contar com 101 afirmativas distribuídas em oito fatores, da seguinte forma:

- **Fator 1, *Institucional*** – foram acrescidas três afirmativas, perfazendo o total de dez itens.

- **Fator 2, *Comportamental*** – novo, composto por dez itens.

- **Fator 3, *Cognitivo*** – sofreu acréscimo de cinco afirmativas, ficando com 11 itens.

- **Fator 4, *Cultural*** – com acréscimo de três afirmativas, ficou composto por 31 itens.

- **Fator 5, *Sentimental*** – do qual foram excluídas duas afirmativas, passando a contar com 12 itens.

- **Fator 6, *Socioeconômico*** – incluídas duas afirmativas, ficando com dez itens.

- **Fator 7, *Religioso*** – mantido com cinco itens.

- **Fator 8, *Relações de gênero*** – acrescido de duas afirmativas, composto por 12 itens.

Após as reformulações sugeridas pelos especialistas, foi construído o instrumento para a coleta de dados, que foi elaborado, segundo a escala de Likert.

Cada uma das 101 questões do instrumento constituiu-se em afirmativas relacionadas ao uso de preservativos, sobre as quais a mulher foi convidada a manifestar-se. Para cada questão, a pesquisada escolhia uma das cinco alternativas de resposta, desde máxima discordância até máxima concordância com ponto médio de neutralidade ***(discordo totalmente, discordo, Indiferente, concordo totalmente, concordo)***.

Richardson (2008) afirma que a escala de Likert é uma escala afetiva, pois se refere aos sentimentos das pessoas, associados a um objeto atitudinal. Estes sentimentos podem ser analisados em grau de favorabilidade ou desfavorabilidade em relação ao objeto. Na construção de uma escala afetiva, o aspecto mais importante é a manifestação de uma pessoa em relação ao grau de orientação a favor ou contra um objeto.

Portanto, uma escala de atitude se origina de uma relação de itens ou afirmações que apresentam diversos graus de reação positiva ou negativa a um objeto ou pessoa pesquisada.

Princípios Éticos

Precedendo a avaliação do projeto, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura da Cidade de São Paulo, realizou-se uma reunião com a diretora do SAEDST/Aids Butantã, quando o estudo foi apresentado. Após sua concordância, o projeto foi encaminhado ao Programa Municipal de DST/AIDS para análise e posterior encaminhamento ao Comitê de Ética.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura da Cidade de São Paulo com Parecer n.º 260/09 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 0115.0.162.162-09 e foi autorizada a realização da coleta de dados (Anexo 1).

É relevante ressaltar que a coleta de dados somente foi iniciada após a autorização da direção do SAEDST/Aids.

De acordo com a Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (1996), que regulamenta as normas para pesquisa envolvendo seres humanos, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 2), elaborado em duas vias, foi apresentado e explicado às respondentes. Na ocasião, informavam-se o objetivo, a estratégia de obtenção dos dados e a finalidade da pesquisa.

Ao concordar, cada pesquisada assinou o documento e autorizou sua realização, ficando com uma via do TCLE e a outra ficando em poder da pesquisadora.

TRATAMENTO DOS DADOS

O tratamento dos dados foi realizado estatisticamente.

Os dados coletados foram lançados no banco de dados do *Programa Microsoft Office Excel* e analisados segundo o banco de dados do *Stastistical Package for the Social Sciences 13.0 for Windows (SPSS)*.

As respostas das questões de número 1 a 3 do formulário (Apêndice 1) foram utilizadas para caracterização da amostra, empregando-se estatística descritiva.

Diante da opção pela escala de Likert, como escala de medida qualitativa de dados, considerou-se que esta escala é tratada como uma variável categórica ordinal e seus intervalos são assumidos como regulares (Pereira, Saes, Escuder, 1997).

Segundo Pereira (2004), a escala de Likert reconhece a oposição de contrários, gradiente e situação intermediária. Tem relação adequada entre a precisão e a acurácia da mensuração.

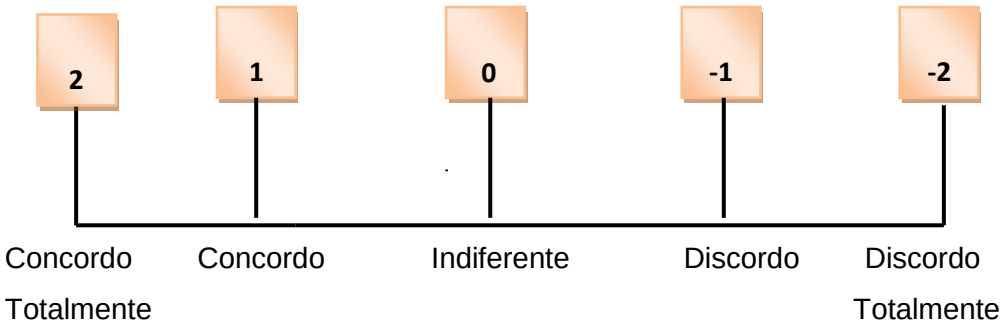
Extraiu-se de Pereira (2004 p. 21) a afirmação de que:

> o dado qualitativo é a representação simbólica atribuída a manifestações de um evento qualitativo. É uma estratégia de classificação de um fenômeno aparentemente imponderável que, fixando premissas de natureza ontológica e semântica, instrumentaliza o reconhecimento do evento, a análise de seu comportamento e suas relações com outros eventos.[...]. É uma forma de quantificação do evento qualitativo que normatiza e confere um caráter objetivo à sua observação.

Conforme Vargas (2005), os itens de uma escala são as “categorias comportamentais que expressam determinado objeto”.

Neste estudo, foi construída uma escala de cinco graus (Honorato, 2004), em que cada resposta recebe um valor, seguindo uma escala decrescente de 2 a -2, para que possa sofrer tratamento estatístico, de acordo com a seguinte representação:

ESCALA



Para a resposta **“Concordo Totalmente”**, foi atribuído o valor 2.

Para a resposta **“Concordo”**, foi atribuído o valor 1.

Para a resposta **“Indiferente”**, foi atribuído o valor 0 (zero), por ser considerada uma resposta neutra.

Para a resposta **“Discordo”**, foi atribuído o valor -1.

Para a resposta **“Discordo Totalmente”**, foi atribuído o valor -2.

Dado à diferença entre afirmativas favoráveis e desfavoráveis a determinado objeto, classificou-se cada afirmativa segundo seu grau de orientação em positivo ou negativo (Apêndice 7).

Afirmativas com representação negativa receberam a inversão do grau de valor (citado anteriormente). Nesse caso, a variação dos valores será -2 a 2, correspondendo a valores crescentes, de “concordo totalmente” a “discordo totalmente”, passando pela neutralidade, de modo a refletir a reação do respondente diante do objeto.

Vale destacar que se concorda com a afirmação de Moriya, Gir, Hayashida (1994), na qual uma escala para a aids é importante para auxiliar

o diagnóstico de atitudes favoráveis e desfavoráveis e na avaliação de programas educativos relacionados à síndrome.

Prosseguindo a apresentação do tratamento dos dados, o instrumento (Apêndice 1) construído com oito fatores, constituídos por 101 afirmativas, foi submetido à análise fatorial para apontar objetivamente a composição das variáveis em cada fator.

Cabe esclarecer que a análise fatorial é uma classe de métodos estatísticos multivariados e que tem como objetivo analisar a estrutura das correlações entre um grande número de medidas, definindo-as em uma matriz de dados (Hair *et al.*, 2007).

As variáveis foram agrupadas estatisticamente, conforme as suas correlações, resultando em grupos com todas as variáveis que são correlacionadas entre si, mas com baixas correlações com as variáveis de grupos diferentes, segundo preconizado por Bakke, Leite, Silva (2008). Esta é uma técnica de interdependência que analisa todas as medidas simultaneamente, em que cada uma é relacionada com a outra, apresentando o conceito de medida estatística (Bakke, Leite, Silva (2008) e Malhotra (2004)).

Também foi aplicado o Modelo do Alfa de Cronbach que verifica a confiabilidade do constructo, e mede a consistência interna na correlação média entre as variáveis, com valores entre 0 e 1. Para este estudo, considerou-se o valor acima de 0,60 como consistente, por se tratar de pesquisa exploratória (Bakke, Leite, Silva, 2008) e fatores que apresentaram variância de 60%.

Os dados foram submetidos, também, à medida denominada *Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy* (KMO), que avalia a adequação da análise fatorial, com valores entre 0 e 1, sendo após, comprovada pelo *Bartlett's Test of Sphericity* (BTS). Quanto mais próximo do valor 1, determinado pelo KMO, melhor será a adequação dos dados para a análise fatorial, cujas premissas são verificadas pelo BTS (Pereira, 2004). Este é um teste usado para examinar se cada matriz correlaciona-se com ela própria,

mas não com as outras variáveis, e sua significância não deve ser superior a 0,05 ((Bakke, Leite, Silva, 2008).

Utilizou-se, ainda, a rotação Varimax, que simplifica as colunas da matriz de fatores minimizando o número de variáveis com altas cargas em um fator (Hair *et al*., 2007), Malhotra (2004) e Pereira (2004). Somente fatores com *eigenvalue* maiores que 1 foram aceitos. Cabe ressaltar que *eigenvalue* é a medida que avalia a contribuição do fator ao modelo que foi construído pela análise fatorial (Pereira, 2004).

Neste estudo, as 101 afirmativas do instrumento, que passarão a ser chamadas de variáveis, foram submetidas ao processo de análise, realizado em três momentos. Em cada momento foram descartadas variáveis que não apresentavam carga fatorial mínima de 0,40, tendo como linha de corte a variância acumulada de 60%. Cabe esclarecer que a carga fatorial representa a correlação de uma medida com o seu fator (Hair *et al*., 2007).

Ao aplicar os testes de verificação de correlação, simultaneamente, às 101 variáveis, obteve-se um KMO de 0,675, o que determinou a exclusão de 26 variáveis que não alcançaram a carga fatorial mínima de 0,40, previamente definida. As 75 variáveis restantes foram novamente submetidas aos testes que mostraram KMO de 0,719. O refinamento da análise prosseguiu com a exclusão das variáveis que não apresentaram carga fatorial mínima considerada. Nesta condição, o KMO encontrado foi de 0,777 para o conjunto de 44 variáveis. O BTS apresentou nível de significância 0,000, o que indicou sua apropriação para a análise fatorial.

Segundo Pereira (2004), valores de KMO na casa dos 0,70 são considerados com adequação razoável dos dados à análise fatorial, motivo pelo qual se prosseguiu com a análise dos achados, considerando as variáveis que tiveram melhor desempenho para compor o instrumento final. Neste momento, foi aplicado o Teste de Alfa de Cronbach para reavaliar a consistência interna do constructo, obtendo-se um valor de Alfa de Cronbach de 0,815 para 44 variáveis, que constituíram novos grupos de fatores, com consistência interna superior a 0,60.

Destas 44 variáveis resultantes, foram selecionadas 11 que apresentaram carga fatorial importante para a construção de cada fator.

Foram realizados os cruzamentos das variáveis correspondentes às afirmativas de números 23, 27, 28, 35, 50, 61, 62, 80, 88, 90, 99 do instrumento de coleta, com as variáveis sociodemográficas das mulheres da amostra: escolaridade, ocupação, religião, crença religiosa e prática religiosa e também com as variáveis sociodemográficas de seus parceiros, acrescentando a situação da sorologia de HIV deles.

Para verificar se as respostas das mulheres para as variáveis do instrumento eram independentes de determinadas características sociodemográficas, foi realizado o teste qui-quadrado (x^2) para independência, conforme proposto por Dawson e Trapp (2003) e Siegel e Castellan Junior (2006). Nas situações em que a frequência esperada foi menor que 2 ou se mais de 20% dessas freqüências apresentassem valores menores que 5, o valor estatístico de x^2 foi obtido mediante a Simulação de Monte Carlo, conforme proposto por Peat e Barton (2005).

Nos casos em que os resultados para o teste de x^2 foram significativos ($p<0,05$), foi procedida análise de resíduos padronizados (discrepâncias entre os valores observados e esperados), conforme proposto por Siegel e Castellan Jr. (2006), para verificar em quais casos essas discrepâncias são maiores do que se poderia esperar se ocorressem devido somente ao acaso; para tanto, uma vez que esse resíduo tem uma distribuição normal, foram considerados como significativos os valores superiores a 1,96.

Pereira (2004) afirma que para analisar relações entre as variáveis, pode-se fazer sua associação em tabelas de contingência, aplicando o teste de x^2, em que se pode analisar simultaneamente o comportamento de variáveis e de categorias pela análise de resíduos da tabela.

A seguir, serão apresentados os resultados dos dados obtidos, conforme a análise estatística descrita acima.

Resultados e

Discussão

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados serão apresentados em três partes:

- Caracterização da Amostra
- Fatores de Impacto
- Relação das afirmativas relevantes e variáveis sociodemográficas

Caraterização da Amostra

As 201 mulheres que compuseram a amostra deste estudo são apresentadas na **Tabela 1**.

Tabela 1 – Distribuição sociodemográfica da amostra. São Paulo, 2009/2010

n = 201

Variáveis	Categoria	nº	%
Idade (anos)	menos de 20	4	2,0
	21 – 30	34	16,9
	31 – 40	83	41,3
	41 – 50	62	30,8
	51 – 60	15	7,5
	61 ou mais	3	1,5
Escolaridade (anos)	1 – 4	45	22,4
	5 – 8	65	32,3
	9 – 11	60	29,9
	12 – 15	25	12,4
	16 – 22	4	2,0
	não respondeu	2	1,0
Ocupação	sim	128	63,7
	não	73	36,3
Renda familiar	até 1 SM*	42	20,9
	2 – 6 SM	138	68,7
	7 – 12 SM	8	4,0
	acima de 13 SM	3	1,4
	não sabe	6	3,0
	não respondeu	2	1,0
	não tem renda	2	1,0
Estado marital	sim	112	55,7
	não	89	44.3
Religião	católica	97	48,2
	evangélica	64	31,8
	espírita	13	6,5
	umbanda	3	1,5
	sem religião	19	9,5
	outras religiosidades**	4	2,0
	não respondeu	1	0,5
Prática religiosa	sim	112	55,7
	não	71	35,3
	não respondeu	18	9,0

*SM = salário mínimo.

** budista, muçulmana, mormo, bruxaria.

Os dados da **Tabela 1** mostram que 83 (41,3%) mulheres entrevistadas tinham idade entre 31 a 40 anos. Também revelaram o mínimo de 18 e o máximo de 63 anos, com média de 38 anos, moda de 37 anos e desvio padrão de 8 anos.

Em relação à escolaridade, 65 (32,3%) e 60 (29,9%) mulheres estudaram entre 5 e 8 anos e entre 9 e 11 anos, respectivamente. Com mínimo de 1 ano e máximo de 22 anos de estudo. Com média de 8 anos, mediana 8 anos e moda de 11 anos e desvio padrão de 4,1 anos. Na **Tabela**, nota-se que somente 4 mulheres apresentaram 16 a 22 anos de estudos. Observa-se que 2 (1,0%) mulheres não responderam a este item. Vale ressaltar que todas as mulheres sabiam ler e escrever.

Quanto à renda familiar, o valor médio da renda foi de 2,8 salários mínimos com mínimo de 0 e máximo de 15,7 salários mínimos, desvio padrão de 2,4 salários mínimos, a mediana foi de 2 salários mínimos e moda de 1 salário mínimo. A maioria das mulheres (138 – 68,7%) apresentou renda familiar entre 2 a 6 salários mínimos.

Segundo Pinto et al. (2007), a baixa escolaridade e reduzida renda familiar são características das mulheres envolvidas na epidemia de aids.

Observa-se na mesma **Tabela** que 112 (55,7%) das entrevistadas tinham parceiro fixo. Cabe acrescentar que as 89 (44,3%) mulheres que não viviam em união estável, referiram ter relacionamentos casuais ou estavam namorando.

Nota-se, também que a maioria das mulheres considerou-se praticante de religião (112 – 55,7%), com predomínio para a crença católica (97- 48,2%).

Em relação aos dados sobre os filhos, parceiros, transmissão do HIV, tratamento, uso de drogas e uso de preservativo, estes constam na **Tabela 2**, a seguir.

Tabela 2 – Caracterização da amostra, segundo variáveis relacionadas aos filhos, parceiros, transmissão do HIV e uso de drogas. São Paulo, 2009/2010

n = 201

Variáveis	Categoria	nº	%
Números de filhos vivos	0 a 2	140	69,6
	3 a 5	53	26,4
	6 ou mais	8	4,0
Números de parceiro	único	171	85,1
	2 a 5	22	10,9
	6 a 9	0	0,0
	mais de 10	6	3,0
	não respondeu	1	0,5
	não sabe	1	0,5
Forma de transmissão do HIV	relação sexual	143	71,1
	transfusão sanguínea	6	3,0
	uso de drogas injetáveis	2	1,0
	outros	7	3,5
	não se lembra	1	0,5
	não sabe	42	20,9
Tempo de conhecimento do diagnóstico	6 meses – 1 ano	15	7,5
	2 – 5 anos	64	31,8
	6 – 10 anos	79	39,3
	11 – 15 anos	32	15,9
	16 – 20 anos	9	4,5
	mais de 21 anos	2	1,0
Usuária de drogas	sim	5	2,5
	não	196	97,5
Tipo de droga	cocaína	3	60,0
	outros	2	40,0
Já usou drogas	sim	37	18,4
	não	164	81,6
Tipo de droga	maconha	11	29,7
	cocaína, maconha	10	27,0
	cocaína	6	16,2
	crack,cocaína,maconha	3	8,1
	crack	3	8,1
	crack, cocaína	2	5,4
	cocaína,maconha,*ecstasy*	1	2,7
	maconha, injetáveis	1	2,7

Na **Tabela 2**, observa-se o predomínio de mulheres (140 - 69,7%) com até dois filhos.

Em relação ao número de parceiro, a maioria 171 (85,1%) tinha um único parceiro, mas a média mostrou 2 parceiros, com um desvio padrão de 11,4, dado que sofreu influência de uma das respondentes que referiu ter tido mais de 160 parceiros no último ano.

Quanto à forma de transmissão do HIV, os dados mostraram que das 201 mulheres da amostra, 143 (71,1%) infectaram-se com o vírus pela relação sexual, enquanto 42 (20,9%) mulheres não souberam responder.

Dentre o item “outros”, verificou-se que as mulheres citaram abortamento (1), acidente com material biológico (2), tratamento dentário (2), tatuagem (1) e transmissão vertical (1), como meios pelos quais se infectaram com o HIV.

Verifica-se na **Tabela 2**, maior representatividade (79 - 39,3%) de mulheres com conhecimento do diagnóstico de soropositividade entre 6 e 10 anos. Verificou-se, também, média de 7 anos, mediana 6 e moda de 6 anos, com valor do desvio padrão 4,7 anos. O tempo máximo de conhecimento foi de 22 anos e mínimo de 6 meses.

Somente 5 (2,5%) mulheres referiram ser usuárias de drogas, com predomínio de cocaína, seguidas pelo *crack* e pela cocaína e maconha.

Dentre as entrevistadas, 37 (18,4%) relataram que já usaram drogas anteriormente, como *crack*, cocaína, maconha, *esctasy* e drogas injetáveis.

Tabela 3 – Caracterização da amostra, segundo uso do preservativo. São Paulo, 2009/2010

n = 201

Variáveis	Categoria	nº	%
Tempo de acompanhamento no serviço de saúde	6 meses – 1 ano	20	10,0
	2 – 5 anos	79	39,3
	6 – 10 anos	81	40,2
	11 – 15 anos	20	10,0
	16 – 20 anos	1	0,5
Parceiro já usou preservativo masculino	sim	184	91,5
	não	17	8,5
Já usou preservativo feminino	sim	70	34,8
	não	131	65,2
Usava preservativo anteriormente às orientações recebidas no serviço de saúde	sim	77	38,3
	não	85	42,3
	às vezes	39	19,4
Tipo de preservativo utilizado	masculino	107	53,2
	masculino e feminino	5	2,5
	feminino	1	0,5
	não respondeu	88	43,8

Verifica-se na **Tabela 3**, que as mulheres da amostra realizavam acompanhamento no serviço de saúde entre 6 meses a 20 anos, coincidindo com o tempo de conhecimento do diagnóstico (**Tabela 2**) anterior. Referiram que também realizaram acompanhamento em outros serviços de saúde especializados antes de se matricularem no SAEDST/Aids. Seus dados mostram média de 6 anos de acompanhamento, mediana 6 e moda de 2 anos, com desvio padrão igual a 3,3 anos.

Todas as mulheres do estudo citaram ter recebido orientação no SAE DST/Aids quanto ao uso do preservativo masculino e feminino.

Na mesma **Tabela**, verifica-se que a maioria dos parceiros destas mulheres 184 (91,5%) já havia usado o preservativo masculino em algum momento nas relações sexuais e, em contraste, 131 (65,2%) mulheres responderam que nunca haviam usado o preservativo feminino.

Chama atenção a mesma **Tabela** que, antes de receberem as orientações no serviço de saúde, 85 (42,3%) mulheres não usavam preservativo nas relações sexuais, e que a maioria (107 - 53,2%) citou o preservativo masculino como o mais utilizado. Foi reduzido o número daquelas que apontaram apenas o uso do preservativo feminino (1).

Cabe esclarecer que todas as respondentes conheciam o preservativo feminino e haviam recebido orientação pela equipe interdisciplinar do serviço de saúde em relação a sua importância, mas os dados da **Tabela 3** mostram que ainda havia dificuldade da mulher para a adesão, pois quase a totalidade nunca o havia usado, mesmo após ter recebido as orientações.

A seguir, na **Tabela 4**, a análise sociodemográfica dos parceiros das mulheres da amostra.

Tabela 4 – Distribuição sociodemográfica dos parceiros das mulheres da amostra. São Paulo, 2009/2010

n = 167

Variáveis	Categoria	nº	%
Idade	menos de 20 anos	4	2,4
	21 – 30 anos	33	19,8
	31 – 40 anos	57	34,1
	41 – 50 anos	51	30,5
	51 – 60 anos	16	9,6
	61 anos ou mais	5	3,0
	não sabe	1	0,6
Escolaridade	1 – 4 anos	26	15,6
	5 – 8 anos	46	27,5
	9 – 11 anos	59	35,3
	12 – 15 anos	17	10,2
	16 – 22 anos	7	4,2
	sem informação	11	6,6
	não respondeu	1	0,6
Ocupação	sim	145	86,8
	não	22	13,2
Religião	católica	102	61,0
	evangélica	26	15,6
	espírita	5	3,0
	umbanda	1	0,6
	sem religião	23	13,8
	outras religiosidades*	2	1,2
	não respondeu	1	0,6
	não sabe	7	4,2
Prática religiosa**	sim	59	43,4
	não	76	55,9
	não respondeu	1	0,7
Reside junto	sim	108	64,7
	não	59	35,4
Situação de sorologia ao HIV	positivo	53	31,7
	negativo	86	51,5
	não sabe	28	16,8

*budista, bruxaria.

**Foram considerados 136 parceiros que possuíam crença em alguma religião.

Dentre as 201 mulheres soropositivas para o HIV, pertencentes à amostra, 167 possuíam parceiros com idade mínima de 18 anos e máxima de 72 anos, com média de 39 anos, mediana de 39 e moda de 40 anos, com desvio padrão de 10 anos. Na **Tabela**, observa-se maior representatividade (57 - 34,1%) que recaiu sobre aquelas com parceiros entre 31 e 40 anos. Chama atenção a quantidade de homens com menos de 20 anos.

Quanto à escolaridade do parceiro, o tempo máximo de estudo foi de 20 anos. Com média de 8 anos, mediana 8 anos e moda de 11 anos. Apresentando desvio padrão de 4,1 anos. Observa-se na **Tabela 4**, 59 (35,3%) e 46 (27,5%) das mulheres informaram que os parceiros estudaram entre 9 e 11 anos e entre 5 e 8 anos, respectivamente. Quanto ao vínculo empregatício, 22 (13,2%) parceiros não possuíam ocupação. Ao se comparar estes dados aos da **Tabela 1**, verifica-se que maior representatividade de mulheres tem menor escolaridade quando comparado aos parceiros (22,4%, 32,3% e 29,9%) para 1 a 4 anos de estudo, 5 a 8 anos e 9 a 11 anos respectivamente), embora a média, moda, mediana e desvio padrão tenham sido semelhantes.

Assim como, dentre as mulheres, a maioria dos parceiros (102 – 61,1%) era de católicos. Na mesma **Tabela** verifica-se que a maioria (76 - 55,9%) dos parceiros não era praticante de religião.

Nota-se que apenas 108 (64,7%) parceiros residiam com as mulheres do estudo. Este fato ocorreu porque 4 mulheres, apesar de relatarem união estável, não estavam residindo com o parceiro no período do estudo.

Quanto à situação de sorologia ao HIV, 53 (31,7%) parceiros eram soropositivos para o vírus. Observa-se, na **Tabela 4**, que 28 (16,8%) mulheres não conheciam a sorologia para o HIV de seus parceiros e que 51,5% (86) tinham parceiros negativos.

A seguir, a **Tabela 5**, apresenta a condição sociodemográfica dos filhos das mulheres soropositivas para o HIV da amostra.

Tabela 5 – Distribuição sociodemográfica dos filhos das mulheres soropositivas para o HIV da amostra. São Paulo, 2009/2010

Variáveis	Categoria	nº	%
Idade	0 -10 anos	117	27,5
	11 – 20 anos	187	43,9
	21 - 30 anos	96	22,5
	31 – 40 anos	13	3,0
	41 – 44 anos	5	1,2
	não respondeu	8	1,9
Total		**426**	**100,0**
Situação de sorologia ao HIV	negativo	380	89,2
	positivo	8	1,9
	não sabe	29	6,8
	não respondeu	9	2,1
Total		**426**	**100,0**
Acompanhamento médico	crianças HIV positivas	8	29,6
	crianças expostas, soronegativas ou aguardando o resultado da sorologia para o HIV	18	66,7
	não respondeu	1	3,7
Total		**27**	**100,0**
Tempo de acompanhamento médico	1 a 6 meses	1	5,6
	7 a 12 meses	3	16,7
	13 meses a 5 anos	6	33,3
	6 a 17 anos	8	44,4
Total		**18**	**100,0**

A **Tabela 5** mostra que a maioria (187 – 43,9%) dos filhos das mulheres da amostra tinham idade entre 11 e 20 anos, verificou-se média de 15 anos, mediana 15 anos e moda de 13 anos, com desvio padrão de 8,4 anos, e mínimo de 10 meses e máximo de 44 anos de idade.

Somente 8 (1,9%) filhos das mulheres possuíam sorologia positiva para o HIV e foram infectados pela via de transmissão vertical. Estes dados chamam a atenção, pois observa-se que 29 (6,8%) das mulheres

desconheciam o diagnóstico dos filhos, por aguardarem o resultado da sorologia ou porque não realizaram o teste de sorologia para o HIV.

Quanto ao acompanhamento médico, observa-se que os filhos soropositivos (8 – 29,6%) realizavam acompanhamento médico no SAE DST/Aids e que 18 (66,7%) crianças também eram acompanhadas no serviço, por aguardarem a confirmação do resultado da sorologia ou por continuarem sendo avaliadas pela equipe interdisciplinar, já estando com sorologia negativa para o vírus.

O tempo de acompanhamento médico era de 6 a 17 anos para 8 filhos (44,4%) e de 13 meses a 5 anos para 6 filhos (33,3%). Obteve-se média de 4 anos, mediana de 1,7 anos, moda de 6 meses, desvio padrão 5,2 anos, e tempo mínimo de tratamento dos filhos das mulheres de 3 meses e máximo de 17 anos.

Os dados referentes à média, mediana, desvio padrão e números mínimo e máximo apresentados estão reunidos na **Tabela 6**, a seguir.

Tabela 6 – Variáveis sociodemográficas segundo média, mediana, moda, Desvio padrão e número mínimo e máximo. São Paulo, 2009/2010

Variáveis	**Média**	**Mediana**	**Moda**	**Desvio padrão**	**Número mínimo**	**Número máximo**
Idade da mulher (anos)	38	37	37	8,7	18	63
Idade do parceiro (anos)	39	39	40	10,3	18	72
Escolaridade da mulher (anos)	8	8	11	4,1	1	22
Escolaridade do parceiro **(**anos)	8	10	11	4,1	0	20
Renda familiar (salário mínimo)	2,8	2	510	2,4	0	15,7
Números de parceiros	2	1	1	11,4	1	160
Tempo de conhecimento do diagnóstico (anos)	7	6	6	4,7	0,6	22
Tempo de acompanhamento no serviço de saúde (anos)	5	6	2	3,6	0,5	16
Idade dos filhos (anos)	15	15	13	8,4	0,10	44
Tratamento médico do filho (anos)	4	1,7	0,6	5,2	3	17

Fatores de Impacto

Após a submissão das variáveis do estudo, as três aplicações do teste estatístico, descrito no capítulo anterior, obtiveram-se os dados apresentados na **Tabela 7**, em que cada Fator é representado pelo numeral correspondente.

Tabela 7 – Valores do *Eigenvalue* para os Fatores e porcentagens de explicação da variância e porcentagens acumulativas

Fator	*Eigenvalue*	Porcentagem de Variância	Porcentagem Cumulativa
1	8.63	19.18	19.18
2	4.90	10.89	30.07
3	2.87	6.39	36.45
4	2.71	6.02	42.47
5	1.94	4.31	46.77
6	1.68	3.73	54.57
7	1.57	3.49	58.06
8	1.36	3.02	61.09
9	1.27	2.81	63.90
10	1.17	2.61	66.51

O nível de representação de cada fator no conjunto de fatores que compõem o estudo pode ser avaliado pela **Tabela 7** que traz o *eigenvalue* acima de 1 para todos os fatores. No entanto, precedendo os comentários dos achados, cabe relembrar que as estratégias de análise empregadas promoveram a redução da dimensionalidade de 101 afirmativas (dimensão original) do instrumento construído, para 44 (dimensões transformadas), combinadas e realocadas em 10 fatores, o que obrigou a nomeação dos novos fatores e a revisão dos originais. Também há que se considerar que três variáveis se repetiram em dois fatores, sendo uma no fator 4 e duas no Fator 7, fato possível pela estratégia empregada (Pereira, 2004).

A mesma **Tabela** indica a ordem dos fatores conforme seu impacto, em valores decrescentes, sobre as ações da mulher soropositiva ao HIV na adesão ao preservativo.

A seguir, apresentam-se cada um dos 10 fatores resultantes, segundo temas e definições.

Fator 1 - *Relações de Gênero* - envolve questões de gênero que atuam na aderência aos preservativos, pelo casal cuja mulher é soropositiva para o HIV.

Fator 2 – *Cultural* - com afirmativas que envolvem crenças e ações relacionadas ao contexto cultural que atuam na aderência ao preservativo nas relações sexuais.

Fator 3 – *Comportamental* - mostra as ações de mulheres soropositivas para o HIV, em relação ao uso do preservativo.

Fator 4 – *Cognitivo* - construído com afirmativas que relacionam opções para adesão ao preservativo nas relações sexuais, com base no conhecimento adquirido sobre a transmissibilidade do HIV.

Fator 5 – *Drogadição* - apresenta o uso de drogas como gerador de situações de risco de infecção pelo HIV.

Fator 6 - *Religioso – Sentimental* - apresenta a crença religiosa e o medo como determinantes na adesão ao preservativo.

Fator 7 – *Intencional* - sobre a relação entre intenção de uso de preservativo e a não adesão.

Fator 8 – *Socioeconômico* - envolve a relação das mulheres soropositivas e os custos dos preservativos.

Fator 9 – *Protetor* - envolve afirmativas relacionadas às informações sobre vulnerabilidade ao HIV por via sexual.

Fator 10 – *Fidelidade* - composto por afirmativas que revelam a relação de confiança no parceiro e aderência ao preservativo.

.

A seguir, apresentam-se as **Tabelas** pertinentes a cada fator:

Tabela 8 - Distribuição das variáveis que compõem o Fator 1, segundo a carga fatorial e o valor do Alfa de Cronbach. São Paulo, 2009/ 2010

Afirmativas	***Carga fatorial***	***Alfa de Cronbach***
Questão 91 - Meu parceiro não permite que eu pegue ou compre a camisinha feminina ou masculina.	0.59	**0.864**
Questão 92 - Meu parceiro não sabe colocar a camisinha masculina durante a relação sexual.	0.42	
Questão 93 - Eu tenho dificuldade (medo) em pedir para o meu parceiro usar a camisinha masculina nas relações sexuais porque ele é agressivo.	0.79	
Questão 95 - Meu parceiro quer ter filhos, por isso ele não usa camisinha masculina nas relações sexuais.	0.69	
Questão 97 - Meu parceiro não quer nem ouvir falar de usar camisinha.	0.47	
Questão 98 - Meu parceiro me agride quando eu insisto em usar camisinha feminina.	0.66	
Questão 99 - Meu parceiro me agride quando eu insisto para ele usar camisinha masculina.	0.86	
Questão 100 - Não uso camisinha feminina nas relações sexuais para meu parceiro não perceber que eu desconfio dele.	0.50	
Questão 101 – Meu parceiro tem vergonha de usar camisinha nas relações sexuais.	0.77	

Os dados da **Tabela 8** mostram que o valor de Alfa de Cronbach indica boa confiabilidade do instrumento, pois, para um intervalo de valores

entre 0 e 1, corresponde a 0,864. Dentre as variáveis que compõem o fator sob análise, verifica-se que a questão 99 **– "*Meu parceiro me agride quando eu insisto para ele usar camisinha masculina*"** é a que apresenta carga fatorial mais elevada (0,86) o que demonstra sua maior contribuição ao fator quando relacionada às demais variáveis. Nela, verifica-se alusão à violência contra a mulher que busca a prevenção da infecção pelo HIV, pela via sexual. Conforme os dados da **Tabela 18**, que será apresentada adiante, e por se tratar de questão com potencial negativo, as respostas das mulheres indicaram resultado positivo para as ações de adesão ao preservativo, por mostrar que os parceiros das mulheres da amostra não as agridem quando lhes é solicitado para usar o preservativo.

Este dado mostrou-se positivo para as ações à adesão ao uso do preservativo, enquanto estudos relatam o histórico de violência sexual em mulheres com HIV/aids pelo menos uma vez na vida e tem sido um dos meios responsáveis pela feminização da epidemia, além de revelar a relação entre a violência nas relações afetivas e o baixo uso do preservativo (Santos *et al.*, 2009; Schraiber, D'Oliveira, França Junior, 2008; São Paulo, 2008; Oliveira, 2006; Ruzany *et al.*, 2003).

As questões 93 e 101, com cargas fatoriais 0,79 e 0,77 respectivamente, têm boa contribuição para o fator, mas realçam potenciais desfavoráveis para as ações da mulher e do parceiro para a adesão ao preservativo.

Quanto às questões 95, 98, 91 e 100, com cargas fatoriais 0,69, 0,66, 0,59 e 0,50 com menos relevância para o fator, retratam as ações e a imposição do poder masculino sobre suas parceiras. Estas variáveis, também apresentaram potencial desfavorável.

O fato de o parceiro não querer conversar sobre a necessidade de usar o preservativo (Questão 97) e o não estar capacitado para colocar o preservativo (Questão 92) não são questões de forte relevância para o fator, pela baixa carga fatorial que apresentam 0,47 e 0,42, respectivamente, mas são variáveis que não podem ser descartadas na composição do fator.

Quanto ao impacto do Fator 1 - Relações de Gênero – no conjunto de fatores sob estudo, verifica-se que o Fator 1 tem maior impacto sobre as

ações das mulheres HIV positivas/com aids na sua adesão aos preservativos.

Tabela 9 – Distribuição das variáveis que compõem o Fator 2, segundo a carga fatorial e o valor do Alfa de Cronbach. São Paulo, 2009-2010

Afirmativas	***Carga fatorial***	***Alfa de Cronbach***
Questão 31 – Meu parceiro usa a camisinha masculina nas relações sexuais somente quando estou menstruada.	0.42	**0.876**
Questão 59 – Uso vaselina durante a relação sexual, por isso não uso camisinha feminina**.**	0.83	
Questão 60 – Uso vaselina durante a relação sexual, por isso meu parceiro não usa camisinha masculina.	0.89	
Questão 61 – Uso espermicida durante a relação sexual, por isso não uso camisinha feminina.	0.91	
Questão 62 – Uso espermicida durante a relação sexual, por isso meu parceiro não usa camisinha masculina.	0.91	
Questão 72 – Como quero ter filhos, não uso camisinha feminina.	0.45	

Os dados da **Tabela 9** mostram que o valor do Alfa de Cronbach 0,876 indica boa confiabilidade do instrumento utilizado. Entre as variáveis que compõem o Fator 2, observa-se que há duas questões: a 61 ***"Uso espermicida durante a relação sexual, por isso não uso camisinha feminina"*** e a 62 ***"Uso espermicida durante a relação sexual, por isso meu parceiro não usa camisinha masculina"***, que apresentam carga fatorial elevada e semelhante (0,91), ambas contribuem fortemente para o Fator.

As variáveis que compõem este Fator têm potencial desfavorável. Ao se analisar seus dados à luz das **Tabelas 19 e 20**, apresentados adiante,

pode-se dizer que o espermicida não é um obstáculo para a mulher e seu parceiro não aderirem ao preservativo.

Vê-se que as variáveis correspondentes às questões 60 e 59, com carga fatorial 0,89 e 0,83, respectivamente, ambas com boa contribuição ao Fator, mostram a relação entre a vaselina e o uso do preservativo.

A questão 72, com carga fatorial 0,45, demonstra reduzida contribuição ao fator, porém relaciona o desejo de ser mãe e constituir família a ações de proteção nas relações sexuais contra as DST/aids.

Quanto à questão 31, com menor carga fatorial (0,42), mostra o uso do preservativo relacionado à condição de a mulher estar ou não menstruada.

As questões 72 e 31, com menor carga fatorial, indicam menor contribuição ao Fator sob análise, quando comparadas às demais que o compõem.

Os dados obtidos mostram que o Fator 2 – Cultural - tem impacto sobre as ações das mulheres HIV positivas/com aids na adesão ao preservativo, classificando-se em segundo plano em uma escala decrescente de impactos.

Tabela 10 – Distribuição das variáveis que compõem o Fator 3, segundo a carga fatorial e o valor do Alfa de Cronbach. São Paulo, 2009-2010

Afirmativas	***Carga fatorial***	***Alfa de Cronbach***
Questão 11 – Uso camisinha feminina em todas as relações sexuais porque sou obrigada.	0.61	**0.725**
Questão 13 – Uso camisinha feminina em todas as relações sexuais.	0.76	
Questão 19- De vez em quando uso camisinha feminina nas relações sexuais.	0.75	
Questão 28 - Depois que me tornei HIV positivo passei a usar camisinha feminina em todas as relações sexuais.	0.81	
Questão 41 – Uso camisinha feminina nas relações sexuais para não pegar outras doenças sexualmente transmissíveis.	0.77	
Questão 64 - Prefiro a camisinha masculina nas relações sexuais.	- 0.60	
Questão 77 - Uso camisinha feminina porque é fornecida gratuitamente pelo serviço de saúde.	0.69	

A **Tabela 10**, mostra que o valor do alfa de Cronbach (0,725) indica boa confiabilidade do instrumento, neste Fator.

A questão 28 ***"Depois que me tornei HIV positivo passei a usar camisinha feminina em todas as relações sexuais"*** com carga fatorial 0,81 é a que tem maior contribuição para este Fator. Esta afirmação demonstra a ação em que a mulher tende a proteger-se ou a proteger seu parceiro contra o HIV.

Os dados mostram que não houve relação entre a adesão ao preservativo feminino e positividade ao HIV, conforme pode-se verificar na **Tabela 21** mais adiante.

As questões 41, 13, 19 e 11, com carga fatorial 0,77, 0,76, 0,75 e 0,61, respectivamente, têm menor relevância que a questão 28, pois, embora com boa contribuição para o Fator 3, quando comparadas, apresentam carga fatorial inferior à questão 28. Essas variáveis demonstram as ações da mulher soropositiva ao HIV em relação ao uso do preservativo feminino nas relações sexuais e o reconhecimento da importância em usá-lo.

Quanto à questão 77, com carga fatorial 0,69, verifica-se a relação entre adesão ao preservativo feminino e a distribuição gratuita pelo serviço de saúde. Sua carga fatorial indica que esta é uma variável que tem maior contribuição para o fator quando comparada à questão 11.

A questão 64, com carga fatorial - 0,60, embora com sinal negativo, tem grande importância para este Fator, pois contribui aumentando o valor do coeficiente do Alfa de Cronbach que seria menor se esta questão fosse excluída; mantê-la, deixou-o mais significativo. Esta variável relaciona a preferência da mulher pelo tipo de preservativo.

Vale lembrar que o SAE DST/Aids, campo do estudo, fornece preservativo feminino a todas as mulheres que queiram utilizá-lo, conforme recomendação do Programa Nacional de DST/Aids e do Ministério da Saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS) é responsável pela oferta do preservativo feminino, mas ainda é muito restrita. Há iniciativas nacionais e internacionais para ampliá-la, e tornar o preservativo feminino mais adequado anatomicamente, com melhor aparência e com menor custo. Com a ampliação da oferta do método, o SUS enfrentará um imenso desafio, pois, além de disponibilizar o método, é fundamental que se planeje adequadamente sensibilizações e treinamentos para os profissionais que atuam nos serviços de saúde, para que o preservativo feminino possa ser uma alternativa concreta para as mulheres (Kalckmann, Farias, Cavalheiro, 2009).

A vulnerabilidade da mulher às DST/aids se dá pelo não uso do preservativo (Morales, Barreda, 2008). Este somente previne as DSTs/aids se usado em todas as relações sexuais, sendo por via vaginal, oral e/ou anal. Não apresenta eficácia quando utilizado esporadicamente. A recontaminação pelo HIV entre a mulher e seu parceiro, quando ambos

estão infectados com o vírus pode ocorrer; a proteção deve existir para que não aconteça a recontaminação, que poderá agravar o quadro clínico de ambos (Moura *et al.*, 2010).

Em um estudo realizado em seis cidades do país, com mulheres voluntárias para usar o preservativo feminino, mostrou que os serviços de saúde têm importante papel a desempenhar na promoção para a aceitabilidade do preservativo feminino pela população feminina (Barbosa *et al.*, 2007).

O impacto para o Fator 3 – Comportamental – no conjunto de fatores do estudo, demonstra menor impacto nas ações das mulheres HIV positivas/com aids na adesão ao preservativo, quando comparado aos dois fatores que o precederam neste texto.

Tabela 11 - Distribuição das variáveis que compõem o Fator 4, segundo a carga fatorial e o valor do Alfa de Cronbach. São Paulo, 2009-2010

Afirmativas	*Carga fatorial*	*Alfa de Cronbach*
Questão 23 – Não uso camisinha feminina nas relações sexuais, porque meu CD4 é alto e minha carga viral é baixa.	0.77	**0.714**
Questão 24 - Meu parceiro não usa camisinha masculina nas relações sexuais porque meu CD4 é alto e minha carga viral é baixa.	0.76	
Questão 31– Meu parceiro usa a camisinha masculina nas relações sexuais somente quando estou menstruada.	0.56	
Questão 34 - Confio no meu parceiro, por isso não uso camisinha nas relações sexuais.	0.50	

Na **Tabela 11**, observa-se que o Alfa de Cronbach com valor igual a 0,714 demonstra boa confiabilidade do instrumento para o fator.

Nota-se que a variável com maior carga fatorial 0,77 corresponde à questão 23 **"*Não uso camisinha feminina nas relações sexuais porque meu CD4 é alto e minha carga viral é baixa*"**, considerada com maior relevância para este Fator, mostra que as mulheres relacionam sua situação de soropositividade à adesão ao preservativo, mostra, ainda, que estar com baixas cargas virais e alto CD4 não interfere na não adesão aos preservativos.

Observa-se, na questão 24, a mesma ação, porém fortemente envolvendo o parceiro; também, com boa contribuição para o Fator. Novamente chama atenção a reduzida diferença de valores de carga fatorial

entre ambas as afirmativas, com maior valor à questão que trata do preservativo feminino.

Em relação às questões 31 e 34, com cargas fatoriais 0,56 e 0,50, respectivamente, ambas de menor valor na contribuição ao fator, e potencial desfavorável, relacionam o contato com sangue contaminado e a confiança na fidelidade do parceiro e as ações das mulheres na adesão ao preservativo.

O impacto do Fator 4 – Cognitivo – no conjunto de fatores sob estudo, cujos resultados podem ser analisados à luz dos apresentados na **Tabela 22**, mais adiante, possibilitam afirmar que este Fator se caracteriza como positivo na determinação das ações das mulheres HIV positivo/com aids em relação à adesão ao preservativo, sendo sua influência menor que os fatores que o antecederam nesta apresentação.

Tabela 12 - Distribuição das variáveis que compõem o Fator 5, segundo a carga fatorial e o valor do Alfa de Cronbach. São Paulo, 2009-2010

Afirmativas	***Carga fatorial***	***Alfa de Cronbach***
Questão 49 – Uso drogas antes da relação sexual, por isso não consigo usar a camisinha feminina.	0.88	**0.779**
Questão 50 - Meu parceiro usa drogas antes da relação sexual, por isso não consegue usar a camisinha masculina.	0.89	
Questão 52 - Não consigo usar camisinha feminina por causa do uso do álcool antes/durante a relação sexual.	0.48	
Questão 53 - Meu parceiro não consegue usar a camisinha masculina por causa do uso do álcool antes/durante a relação sexual.	0.57	

A **Tabela 12**, com Alfa de Cronbach 0,779, demonstra boa confiabilidade do instrumento. Composta por 4 variáveis, mostra que a questão 50 "***Meu parceiro usa drogas antes da relação sexual, por isso não consegue usar a camisinha masculina*"**, com carga fatorial 0,89 tem forte contribuição para o Fator. Esta variável, assim como as demais que compõem este Fator, tem potencial desfavorável. Ao se analisar seus dados à luz da **Tabela 23**, apresentada adiante, pode-se dizer que, na amostra, o uso de drogas pelo parceiro não é uma realidade que possa influenciar na adesão ao preservativo pelo casal.

A questão 49, com carga fatorial 0,88, também aborda a mesma situação, mas direcionada à mulher.

As questões 53 e 52, que apresentaram menores cargas fatoriais 0,57 e 0,48, respectivamente, tratam do uso do álcool.

Cabe lembrar que apenas uma pequena proporção de mulheres considerou-se usuária de drogas atualmente, como *crack*, cocaína e maconha. Deve-se considerar que o uso de drogas amplia a vulnerabilidade à infecção para as DSTs/aids, pois diminui a capacidade de negociação do uso de preservativo com o parceiro (Moura *et al*., 2010).

Outras mulheres da pesquisa relataram ter feito uso de drogas em algum momento de suas vidas, mas não mais as utilizavam.

O impacto para o Fator 5 – Drogadição – no conjunto de fatores sob estudo, mostra a relação do emprego de drogas e álcool na adesão ao uso do preservativo nas relações sexuais. Em uma escala de valores, sua influência mostra-se em menor grau quando comparado aos fatores que o precederam neste texto. Cabe lembrar que a análise deste fator se baseou, também, nos resultados apresentados na **Tabela 23**, apresentada adiante.

Tabela 13 – Distribuição das variáveis que compõem o Fator 6, segundo a carga fatorial e o valor do Alfa de Cronbach. São Paulo, 2009-2010.

Afirmativas	*Carga fatorial*	*Alfa de Cronbach*
Questão 73 – Tenho medo de o meu parceiro ir embora se eu pedir para ele usar camisinha.	0.56	**0.644**
Questão 86 – Deus não permite que eu e o meu parceiro usemos a camisinha nas relações sexuais.	0.53	
Questão 88 – Deus irá me curar, por isso eu e meu parceiro não usamos camisinha nas relações sexuais.	0.68	

Observando a **Tabela 13**, nota-se que o Alfa de Cronbach de 0,644 demonstra boa confiabilidade do instrumento para o fator.

Apresenta como variável a questão 88, ***"Deus irá me curar, por isso eu e meu parceiro não usamos camisinha nas relações sexuais"***, com carga fatorial 0,68, considerada de maior relevância para o Fator 6, e com potencial desfavorável, indicando que nem mesmo a crença religiosa da mulher para a cura interfere na sua aderência ao preservativo.

A questão 73, com carga fatorial 0,56, também com potencial desfavorável, relaciona o medo da mulher durante a negociação e o direcionamento de suas ações quanto ao uso do preservativo.

A questão 86, com carga fatorial 0,53, tem menor influência no conjunto de variáveis deste fator. Nela, vê-se a crença religiosa na figura de Deus, como possível geradora de ações de adesão ao preservativo, pelo casal.

Deve-se considerar que a fé religiosa, tem como resultado a esperança, o equilíbrio e o fortalecimento, propiciando a luta pela vida e a serenidade para aceitar a doença (Teixeira, Lefèvre, 2008).

A fé em Deus dá forças para as mulheres HIV positivas viverem melhor, pois a religião ajuda as pessoas a suportarem as pressões emocionais (Costa, Zago, Medeiros, 2008; Moura,2002).

O impacto do Fator 6 – Religioso – Sentimental - no conjunto de fatores sob estudo, classificado em sexto lugar em uma escala decrescente de valores, mostra as ações das mulheres HIV positivas/com aids sob influência da crença religiosa. Seus dados foram analisados também, à luz dos achados da **Tabela 24**, apresentada adiante.

Tabela 14 - Distribuição das variáveis que compõem o Fator 7, segundo a carga fatorial e o valor do Alfa de Cronbach. São Paulo, 2009-2010.

Afirmativas	*Carga fatorial*	*Alfa de Cronbach*
Questão 52 - Não consigo usar camisinha feminina por causa do uso do álcool antes/durante a relação sexual.	0.40	**0.664**
Questão 53 - Meu parceiro não consegue usar a camisinha masculina por causa do uso do álcool antes/durante a relação sexual.	0.46	
Questão 90 - Quero usar camisinha feminina nas relações sexuais, mas meu parceiro não gosta.	0.79	
Questão 96 - Meu parceiro não quer que eu use camisinha feminina nas relações sexuais, porque ele não gosta.	0.69	

Na **Tabela 14**, verifica-se que o valor de Alfa de Cronbach 0,664 também demonstra boa confiabilidade do instrumento neste Fator.

A questão 90 **"Quero usar camisinha feminina nas relações sexuais, mas meu parceiro não gosta"**, possui carga fatorial 0,79, o que a faz ter maior contribuição para o Fator. Com base na **Tabela 25**, apresentada mais adiante, considerou-se que o desejo da mulher pode não estar sendo atendido pelo parceiro quando o foco é a adesão ao preservativo.

A questão 96, com carga fatorial 0,69, mostra a mesma situação.

As variáveis correspondentes às questões 53 e 52, com cargas fatoriais 0,46 e 0,40, respectivamente, contribuem para o Fator, em grau menor e decrescente, porém relacionam-se ao abuso de álcool na adesão ao preservativo, pelo casal.

Estudos mostram que a vontade do parceiro é respeitada pela maioria das mulheres e que atua de forma negativa na adesão ao preservativo. Pesquisa realizada com mulheres, na Colômbia, mostrou seu baixo poder de decisão no uso do preservativo nas relações sexuais, mesmo estas tendo uma autoestima alta (Collazos *et al.*, 2005).

Na escala decrescente de influência dos fatores de impacto nas ações de mulheres HIV positivas/com aids quanto ao uso de preservativos, o Fator 7 – Intencional - encontra-se em sétimo lugar.

Tabela 15 - Distribuição das variáveis que compõem o Fator 8, segundo a carga fatorial e o valor do Alfa de Cronbach. São Paulo, 2009-2010.

Afirmativas	*Carga fatorial*	*Alfa de Cronbach*
Questão 79 – Eu compro a camisinha.	0.85	**0.816**
Questão 80 – Meu parceiro compra a camisinha.	0.87	

Observa-se nesta **Tabela 15**, que o Alfa de Cronbach possui valor 0,816, o que demonstra a alta confiabilidade do instrumento para este Fator.

Nota-se que apenas duas variáveis compõem o Fator, constituídas pelas questões 80 e 79, ambas com carga fatorial importante na contribuição ao Fator, 0,87 e 0,85, respectivamente.

A Questão 80 **"*Meu parceiro compra a camisinha*"**, tem forte contribuição para o Fator, e realça o papel do parceiro como provedor do casal na compra do preservativo.

Verifica-se que a questão 79 é menos relevante que a anterior na constituição do fator e relaciona-se na autonomia da mulher para a compra do preservativo.

Os dados mostram que o parceiro é o provedor do casal na compra do preservativo. Mesmo sendo distribuído gratuitamente pelo SAE DST/Aids ou Unidades Básicas de Saúde (UBSs), encontraram-se mulheres que desconheciam esta distribuição gratuita no SAEDST/Aids Butantã, porém houve mulheres que referiam não se sentir seguras ao usar o preservativo oferecido pelo serviço de saúde.

O Fator 8 – Socioeconômico - mostra-se com impacto inferior aos anteriormente citados, para as ações da mulher HIV positivas/com aids e seu parceiro. Realça a relação entre aderência ao preservativo e o provedor do preservativo para o casal.

Tabela 16 - Distribuição das variáveis que compõem o Fator 9, segundo a carga fatorial e o valor do Alfa de Cronbach. São Paulo, 2009-2010.

Afirmativas	*Carga fatorial*	*Alfa de Cronbach*
Questão 4 - Acredito nas orientações que me são fornecidas no serviço de saúde para a redução da transmissão do vírus HIV.	0,67	**0.636**
Questão 26 – O uso da camisinha feminina nas relações sexuais protege o meu parceiro.	0.71	
Questão 27 - O uso da camisinha masculina nas relações sexuais protege o meu parceiro.	0.79	

Na **Tabela 16**, o Alfa de Cronbach de 0,636 demonstra a consistência do instrumento para o fator.

Nota-se que a questão 27 **"O uso da camisinha masculina nas relações sexuais protege o meu parceiro"**, com carga fatorial 0,79, é uma variável relevante do Fator. Revela o reconhecimento da função do preservativo masculino e seus benefícios para o parceiro.

A questão 26, com carga fatorial 0,71, aborda dados semelhantes aos da questão anterior, porém relacionando à proteção do parceiro nas relações sexuais com adesão ao preservativo feminino.

A questão 4, com carga fatorial 0,67, tem menor contribuição para o fator, porém relaciona a aceitação e a crença da mulher nas orientações oferecidas pelo serviço de saúde.

Julga-se importante destacar que, quanto à proteção conferida pelo preservativo na prevenção da transmissão do HIV, as mulheres mostraram se concordantes com o tema. Demonstraram reter informações sobre a função do preservativo na proteção ao parceiro quanto à infecção pelo HIV

ou outras DST. Demonstraram, também, ter informações sobre a importância da proteção e benefícios na adesão ao preservativo.

O impacto do Fator 9 – Protetor - no conjunto de fatores sob estudo, encontra-se em novo lugar na escala decrescente de valores. Demonstra que a adesão ao preservativo está associada à proteção por ele determinada.

Tabela 17 - Distribuição das variáveis que compõem o Fator 10, segundo a carga fatorial e o valor do Alfa de Cronbach. São Paulo, 2009-2010.

.

Afirmativas	*Carga fatorial*	*Alfa de Cronbach*
Questão 35 - O uso da camisinha nas relações sexuais incentiva a infidelidade da mulher.	0.90	**0.784**
Questão 36 - O uso da camisinha nas relações sexuais incentiva a infidelidade do homem.	0.86	

Observando a **Tabela 17**, verifica-se que o coeficiente de Alfa de Cronbach de 0,784 demonstra a importante consistência das variáveis para o Fator.

A variável representada pela questão 35 **"O uso da camisinha nas relações sexuais incentiva a infidelidade da mulher"**, com carga fatorial 0,90, apresenta boa contribuição para o Fator. Por seu lado, a questão 36, com carga fatorial 0,86, tem menor contribuição ao Fator em relação à questão anterior. Pelo potencial de desfavorabilidade de ambas variáveis, e analisadas à luz dos resultados apresentados na **Tabela 28**, registrada mais adiante, considera-se que a infidelidade da mulher ou de seu parceiro não está relacionada à adesão ao preservativo.

O conceito de fidelidade confere a sensação de sexo mais seguro e pode resultar na decisão em não aderir ao preservativo, por haver confiança entre o casal o que dificulta pedir o seu uso por demonstrar suspeita de infidelidade (Geluda *et al.*, 2006).

Os homens também consideram difícil usar o preservativo no relacionamento conjugal, pela representação símbóllica de infidelidade e de desconfiança. Propor o seu uso significa pôr sua própria fidelidade em

dúvida aos olhos da mulher, o que colocaria em risco o convívio (Madureira, Trentini, 2008).

O Fator 10 – Fidelidade - foi classificado em último lugar na escala decrescente de valores obtidos com a análise estatística realizada neste estudo.

A análise dos fatores obtidos e de suas variáveis levou à definição das questões importantes para a discriminação do impacto à adesão do preservativo pela mulher HIV positivo/com aids (Apêndice 8).

Relação entre as afirmativas mais relevantes e variáveis sociodemográficas

Após a apresentação dos dez fatores de impacto obtidos, a seguir serão apresentadas as variáveis que tiveram maior relevância em cada um dos Fatores, e sua relação com as variáveis sociodemográficas da amostra.

Com a intenção de se identificar as características das mulheres que contribuíram com as variáveis de maior relevância, optou-se por apresentar as questões 23, 27, 28, 35, 50, 61, 62, 80, 88, 90, 99 diante das variáveis sociodemográficas das mulheres: escolaridade, ocupação, religião, crença e prática religiosa da mulher, e também com as variáveis sociodemográficas do parceiro, acrescentando sua situação sorológica para o HIV. As opções **Discordo (D)** e **Discordo Totalmente (DT)**, **Indiferente (I)**, **Concordo (C)**, **Concordo Totalmente (CT)** são avaliadas nas tabelas a seguir.

Vale esclarecer que nem todas as mulheres optaram por alguma alternativa para cada questão, com isso foram excluídas dos resultados, o que determinou diferenças na totalização de cada **Tabela**.

Tabela 18- Distribuição da frequência das respostas da amostra para a questão 99, em relação às variáveis sociodemográficas da mulher e seu parceiro, São Paulo - 2009/2010

Variáveis sociodemográficas	Mulher						Parceiro					
	DT	D	I	C	CT	Total	DT	D	I	C	CT	Total
Escolaridade (anos)			**p = 0,3236**						**p = 0,9131**			
1 – 4	27	11	6	1	-	45	13	11	1	1	-	26
	13,57	5,53	3,02	0,50	-	22,61	8,39	7,10	0,65	0,65	-	16,77
5 – 8	29	30	5	1	-	65	26	20	-	1	-	46
	14,57	15,08	2,51	0,50	-	32,66	16,13	12,90	-	0,65	-	29,68
9 – 11	32	23	5	-	-	60	32	25	2	-	-	59
	16,08	11,56	2,51	-	-	30,15	20,65	16,13	1,29	-	-	38,06
12 – 15	9	15	1	-	-	25	9	8	-	-	-	17
	4,52	7,54	0,50	-	-	12,56	5,81	5,16	-	-	-	10,97
16 e mais	3	1	-	-	-	4	5	2	-	-	-	7
	1,51	0,50	-	-	-	2,01	3,23	1,29	-	-	-	4,52
Total	100	80	17	2	-	199	84	66	3	2	-	155
	50,25	40,20	8,54	1,01	-	100,00	54,19	42,58	1,94	1,29	-	100,00
Ocupação			**p = 0,1269**						**p = 0,3874**			
Do lar	32	18	1	1	-	52	-	-	-	-	-	-
	15,92	8,96	0,50	0,50	-	25,87	-	-	-	-	-	-
Com trabalho	61	50	16	1	-	128	77	61	3	1	-	142
	30,35	24,88	7,96	0,50	-	63,68	47,24	37,42	1,84	0,61	-	87,12
Outros*	7	12	2	-	-	21	11	8	1	1	-	21
	3,48	5,97	1,00	-	-	10,45	6,75	4,91	0,61	0,61	-	12,88
Total	100	80	10	2	-	201	88	69	4	2	-	163
	49,75	39,80	9,45	1,00	-	100,00	53,99	42,33	2,45	1,23	-	100,00

*estudante, aposentado, licença médica

continua

Conclusão

Tabela 18 - Distribuição da frequência das respostas da amostra para a questão 99, em relação às variáveis sociodemográficas da mulher e seu parceiro, São Paulo - 2009/2010

Variáveis sociodemográficas	Mulher						Parceiro					
	DT	D	I	C	CT	Total	DT	D	I	C	CT	Total
Crença religiosa			**p = 0,3655**						**p = 0,5783**			
sim	90	72	17	2	-	181	77	54	4	1	-	136
	45,00	36	8,50	1,00	-	90,50	55,8	39,13	2,90	0,72	-	98,55
não	9	8	2	-	-	19	2	-	-	-	-	2
	4,50	4,00	1,00	-	-	9,50	1,45	-	-	-	-	1,45
Total	99	80	19	2	-	200	79	54	4	1	-	138
	49,50	40,00	9,50	1,00	-	100,00	57,25	39,13	2,90	0,72	-	100,00
Prática religiosa			**p = 0,9072**						**P = 0,3187**			
sim	54	47	10	1	-	112	30	27	1	1	-	59
	29,51	25,68	5,46	0,55	-	61,20	22,06	19,85	0,74	0,74	-	43,38
não	37	26	7	1	-	71	47	27	3	-	-	77
	20,22	14,21	3,83	0,55	-	38,80	34,56	19,85	2,21	-	-	56,62
Total	91	73	17	2	-	183	77	54	4	1	-	136
	49,73	39,89	9,29	1,09	-	100,00	56,62	39,71	2,94	0,74	-	100,00

A análise da **Tabela 18** não apresentou significância estatística entre a questão 99 e a caracterização sociodemográfica da amostra e seu parceiro. Das 65 (32,66%) mulheres com escolaridade entre 5 e 8 anos, 30 (15,08%) discordaram da questão 99 **"*Meu parceiro me agride quando eu insisto para ele usar camisinha masculina*"** e 29 (14,57%) discordaram totalmente. As mulheres com escolaridade entre 9 e 11 anos também se mostraram contrárias à questão, pois 32 (16,08%) optaram pela alternativa discordo totalmente e 23 (11,56%) preferiram a alternativa discordo.

Observa-se, também, na mesma **Tabela** que as respondentes com parceiros com escolaridade entre 9 e 11 anos (59 – 38,06%) mostraram-se discordantes totalmente (32 – 20,65%) e discordantes (25 – 16,13%), proporções com maior representatividade.

Para a variável ocupação, 100 mulheres (49,75%) discordaram totalmente da afirmação, sendo 61 (30,35%) com vínculo empregatício.

Quanto à variável crença religiosa, nota-se que dentre as mulheres com alguma crença (181 – 90,5%), 90 (45,%) e 72 (36%), respectivamente, discordaram totalmente ou discordaram da questão. Em relação à prática religiosa, dentre as mulheres praticantes de alguma religião (112 – 61,2%), 54 (29,51%) discordaram totalmente, enquanto 47 (25,68%) discordaram da questão 99. Comparando essas mulheres às mulheres não praticantes (71 – 38,8%) nota-se que 37 (20,22%) optaram pela alternativa *discordo totalmente* e 26 (14,21%) optaram pela discordância pura.

Quando se buscam informações em relação ao parceiro, para a variável ocupação, nota-se que dentre as mulheres que possuíam parceiros com vínculo empregatício (142 – 87,12%), maior representatividade recaiu na discordância total (77 – 47,24%) ou apenas discordância (61 – 37,42%) da questão que relata a agressão do parceiro quando é solicitado insistentemente para usar o preservativo nas relações sexuais.

Observa-se, também, que as mulheres com os parceiros com crença em alguma religião mostraram maior valor representativo em relação à questão 99, para a alternativa *discordo totalmente* (77 - -55,8%) e *discordo* (54 – 39,13%).

Em relação à prática religiosa, mulheres com parceiros não praticantes da religião (77 – 56,62%) optaram em discordar totalmente e apenas discordar da questão (47 – 34,56% e 27 – 19,85%, respectivamente). No entanto, as mulheres com parceiros com prática religiosa (59 – 43,38%) mostraram respostas também discordantes (*discordo totalmente* = 30 (22,06%) e *discordo* = 27 (19,85%).

Portanto, os dados da **Tabela 18** mostram que não existe dependência entre as variáveis sociodemográficas das mulheres e seus parceiros com a frequência das respostas para a afirmativa 99. A maioria das participantes da pesquisa não concordou com a questão em que seus parceiros são agressivos quando elas pedem insistentemente para que eles usem o preservativo masculino nas relações sexuais (questão 99 do Fator 1).

Tabela 19 - Distribuição da frequência das respostas da amostra para a questão 61, em relação às variáveis sociodemográficas da mulher e seu parceiro, São Paulo - 2009/2010.

Variáveis sociodemográficas	Mulher						Parceiro					
	DT	D	I	C	CT	Total	DT	D	I	C	CT	Total
Escolaridade (anos)			**p = 0,0652**						**p = 0,8231**			
1 – 4	27	14	3	1	-	45	11	14	1	-	-	26
	13,57	7,04	1,51	0,50	-	22,61	7,10	9,03	0,65	-	-	16,77
5 – 8	34	26	5	-	-	65	16	25	4	1	-	46
	17,09	13,07	2,51	-	-	32,66	10,32	16,13	2,58	0,65	-	29,68
9 – 11	23	34	3	-	-	60	27	25	7	-	-	59
	11,56	17,09	1,51	-	-	30,15	17,42	16,13	4,52	-	-	38,06
12 – 15	7	13	5	-	-	25	6	9	2	-	-	17
	3,52	6,53	2,51	-	-	12,56	3,87	5,81	1,29	-	-	10,97
16 e mais	1	3	-	-	-	4	2	5	-	-	-	7
	0,50	1,51	-	-	-	2,01	1,29	3,23	-	-	-	4,52
Total	92	90	16	1	-	199	62	78	14	1	-	155
	46,23	45,23	8,04	0,50	-	100,00	40,00	50,32	9,03	0,65	-	100,00
Ocupação			**p= 0,8186**						**p = 0, 7327**			
Do lar	26	23	3	-	-	52	-	-	-	-	-	-
	12,94	11,44	1,49	-	-	25,87	-	-	-	-	-	-
Com trabalho	57	56	14	1	-	128	61	67	13	1	-	142
	28,36	27,86	6,97	0,50	-	63,68	37,42	41,10	7,98	0,61	-	87,12
	9	11	1	-	-	21	7	12	2	-	-	21
Outros*	4,48	5,47	0,50	-	-	10,45	4,29	7,36	1,23	-	-	12,88
Total	92	90	18	1	-	201	68	79	15	1	-	163
	45,77	44,78	8,96	0,50	-	100,00	41,72	48,47	9,20	0,61	-	100,00

*estudante, aposentado, licença médica

continua

Tabela 19 - Distribuição da frequência das respostas da amostra para a questão 61, em relação às variáveis sociodemográficas da mulher e seu parceiro, São Paulo - 2009/2010.

Variáveis sociodemográficas	Mulher						Parceiro					
	DT	D	I	C	CT	Total	DT	D	I	C	CT	Total
Crença religiosa			**p = 0,1580**						**p = 0,0887**			
sim	84	83	13	1	-	181	59	65	11	1	-	136
	42	41,5	6,50	0,50	-	90,5	42,76	47,11	7,97	0,72	-	98,55
não	7	7	5	-	-	19	1	-	1	-	-	2
	3,50	3,50	2,50	-	-	9,50	0,72	-	0,72	-	-	1,45
Total	91	90	18	1	-	200	60	65	12	1	-	138
	45,50	45,00	9,00	0,50	-	100,00	43,48	47,10	8,70	0,72	-	100,00
Prática religiosa			**p = 0,8234**						**p = 0,4561**			
Sim	52	49	10	1	-	112	25	30	3	1	-	59
	28,42	26,78	5,46	0,55	-	61,20	18,38	22,06	2,21	0,74	-	43,38
não	33	34	4	-	-	71	34	35	8	-	-	77
	18,03	18,58	2,19	-	-	38,80	25,00	25,74	5,88	-	-	56,62
Total	85	83	14	1	-	183	59	65	11	1	-	136
	46,45	45,36	7,65	0,55	-	100,00	43,38	47,79	8,09	0,74	-	100,00

A questão **“*Uso espermicida durante relação sexual, por isso não uso camisinha feminina*”** teve forte contribuição na construção do Fator 2 – Cultural, pela questão 61.

Na **Tabela 19** sob estudo, verifica-se que as variáveis escolaridade da mulher e crença religiosa do parceiro, embora não estatisticamente significantes demonstram uma tendência à associação com a questão 61.

Ao se considerar a escolaridade das mulheres, verifica-se que maior percentual de respostas recaiu sobre as alternativas *discordo totalmente* e *discordo*, o que era esperado. Mulheres com 5 a 8 anos de estudo apresentaram maior representatividade para discordância total (34 – 17,09%), enquanto que o mesmo percentual de respostas para a alternativa *discordo* correspondeu aos parceiros com 9 a 11 anos de estudo.

Para a variável ocupação, os percentuais mais representativos para ambas alternativas, *discordo totalmente* e *discordo*, corresponderam a mulheres com vínculo empregatício (57 – 28,36% e 56 – 27,86%, respectivamente). Os dados mostraram que não houve significância estatística para esta variável e sua relação com a questão sob análise.

Quanto à crença religiosa, na mesma **Tabela**, verifica-se que 181 mulheres (90,5%) informaram seguir uma crença, e destas, a maioria optou pelas alternativas *discordo totalmente* (84 – 42%) e *discordo* (83 – 41,5%). Não houve associação com a questão sob estudo.

Observa-se na **Tabela 19**, que maior representatividade de opção para as alternativas *discordo totalmente* (52 – 28,42%) e *discordo* (49 – 265,78%) foi dada pela mulher com alguma prática religiosa. Esta variável também não teve significância estatística em sua relação com a questão 61.

Quando se analisa a condição do parceiro, verifica-se que, embora sem significância estatística, as mulheres que optaram pela alternativa *discordo totalmente* foram aquelas cujos parceiros estudaram entre 9 e 11 anos (27 – 17,42%); enquanto que as que responderam *discordo* tiveram representatividade semelhante a de seus parceiros com 5 a 8 e com 9 a 11 anos de estudo (25 – 16,13%).

As mulheres com vínculo empregatício tiveram maior representatividade quando discordaram totalmente (57 – 28,36%) ou discordaram (56 – 27,86%).

A análise estatística mostrou que suas respostas independem da ocupação dos parceiros.

Observa-se, ainda, na mesma **Tabela**, que foi expressivo o percentual de mulheres que optou pela alternativa *discordo totalmente* (59 – 42,76%) e *discordo* (65 – 47,11%), cujos parceiros tinham alguma crença religiosa (136 – 98,55%). Conforme dito anteriormente, embora sem significância estatística, esta variável apresenta uma tendência à associação com a questão sob análise.

A análise da variável prática religiosa do parceiro mostra que maior representatividade ocorreu para as alternativas *discordo totalmente* (34 – 25%) e *discordo* (35 – 25,74%), caracterizando os parceiros que não tinham prática religiosa. Não houve significância estatística entre esta variável e a questão 61.

Deve-se ressaltar, também, o expressivo percentual de respostas para a alternativa *indiferente*, quer para as mulheres, quer quando se consideram os seus parceiros.

Os resultados mostram que não existe dependência entre as variáveis sociodemográficas das mulheres e seus parceiros com a frequência de respostas para a afirmativa 61, embora em duas delas haja uma tendência à associação.

Tabela 20 - Distribuição da frequência das respostas da amostra para a questão 62, em relação às variáveis sociodemográficas da mulher e seu parceiro, São Paulo - 2009/2010.

Variáveis sociodemográficas	Mulher						Parceiro					
	DT	D	I	C	CT	Total	DT	D	I	C	CT	Total
Escolaridade (anos)			**p = 0,1319**						**p = 0,4561**			
1 – 4	26	16	2	1	-	45	11	15	-	-	-	26
	13,07	8,04	1,01	0,50	-	22,61	7,10	9,68	-	-	-	16,77
5 – 8	34	27	4	-	-	65	16	26	3	1	-	46
	17,09	13,57	2,01	-	-	32,66	10,32	16,77	1,94	0,65	-	29,68
9 – 11	23	34	3	-	-	60	27	26	6	-	-	59
	11,56	17,09	1,51	-	-	30,15	17,42	16,77	3,87	-	-	38,06
12 – 15	7	14	4	-	-	25	6	9	2	-	-	17
	3,52	7,04	2,01	-	-	12,56	3,87	5,81	1,29	-	-	10,97
16 e mais	1	3	-	-	-	4	2	5	-	-	-	7
	0,50	1,51	-	-	-	2,01	1,29	3,23	-	-	-	4,52
Total	91	94	13	1	-	199	62	81	11	1	-	155
	45,73	47,24	6,53	0,50	-	100,00	40,00	52,26	7,10	0,65	-	100,00
Ocupação			**p = 0,5590**						**p = 0,6303**			
Do lar	26	24	2	-	-	52	-	-	-	-	-	-
	12,94	11,94	1,00	-	-	25,87	-	-	-	-	-	-
Com trabalho	56	59	12	1	-	128	61	70	10	1	-	142
	27,86	29,35	5,97	0,50	-	63,68	37,42	42,94	6,13	0,61	-	87,12
	9	12	-	-	-	21	7	13	1	-	-	21
Outros*	4,48	5,97	-	-	-	10,45	4,29	7,98	0,61	-	-	12,88
Total	91	95	14	1	-	201	68	83	11	1	-	163
	45,27	47,26	6,97	0,50	-	100,00	41,72	50,92	6,75	0,61	-	100,00

*estudante, aposentado, licença médica

continua

Tabela 20 - Distribuição da frequência das respostas da amostra para a questão 62, em relação às variáveis sociodemográficas da mulher e seu parceiro, São Paulo - 2009/2010

Variáveis sociodemográficas	Mulher						Parceiro					
	DT	D	I	C	CT	Total	DT	D	I	C	CT	Total
Crença religiosa			**p = 0,1950**						**p = 0,0623**			
sim	83	87	10	1	-	181	59	68	8	1	-	136
	41,50	43,50	5,00	0,50	-	90,5	42,76	49,28	5,8	0,72	-	98,55
não	7	8	4	-	-	19	1	-	1	-	-	2
	3,50	4,00	2,00	-	-	9,50	0,72	-	0,72	-	-	1,45
Total	90	95	14	1	-	200	60	68	9	1	-	138
	45,00	47,50	7,00	0,50	-	100,00	43,48	49,28	6,52	0,72	-	100,00
Prática religiosa			**p = 0,8492**						**p = 0,4680**			
sim	51	52	8	1	-	112	25	31	2	1	-	59
	27,87	28,42	4,37	0,55	-	61,20	18,38	22,79	1,47	0,74	-	43,38
não	33	35	3	-	-	71	34	37	6	-	-	77
	18,03	19,13	1,64	-	-	38,80	25,00	27,21	4,41	-	-	56,62
Total	84	87	11	1	-	183	59	68	8	1	-	136
	45,90	47,54	6,01	0,55	-	100,00	43,38	50,00	5,88	0,74	-	100,00

A questão **“*Uso espermicida durante a relação sexual, por isso meu parceiro não usa camisinha masculina*”** contribuiu fortemente na construção do Fator 2 – Cultural. Nota-se que embora sem significância estatística, é possível verificar uma tendência à associação quanto à relação da questão sob estudo com a crença religiosa do parceiro.

Nessa **Tabela,** nota-se a similaridade dos percentuais de itens de maior representatividade para as quatro variáveis, quando se considera a mulher e seu parceiro. Exceções são encontradas para as variáveis “prática religiosa” e “ocupação” da mulher, cuja opção pela alternativa *discordo* (52 – 28,42% e 59 – 29,35%, respectivamente) foi maior que a opção pela alternativa *discordo totalmente* (51 – 27,87% e 56 27,86%, respectivamente).

Do exposto, verifica-se que os resultados mostram que não há dependência entre as variáveis sociodemográficas para a mulher e seu parceiro com a frequência das respostas para a questão 62, embora tenha-se notado uma tendência à associação para a variável crença religiosa do parceiro (p = 0,0623).

A comparação entre as **Tabelas 20** e **19** mostra que a opção pelo preservativo masculino ou pelo feminino não diferiu nas respostas das mulheres para a maioria das variáveis apontadas, o que justifica a carga fatorial obtida para ambas na construção do Fator 2 – Cultural.

Tabela 21 - Distribuição da frequência das respostas da amostra para a questão 28, em relação às variáveis sociodemográficas da mulher e seu parceiro, São Paulo - 2009/2010

Variáveis sociodemográficas	Mulher						Parceiro					
	DT	D	I	C	CT	Total	DT	D	I	C	CT	Total
Escolaridade (anos)			**p = 0,0219**						**p = 0,6103**			
1 – 4	29	10	2	3	1	45	12	11	2	1	-	26
	14,57	5,03	1,01	1,51	0,50	22,61	7,74	7,10	1,29	0,65	-	16,77
5 – 8	30	23	5	3	4	65	22	16	3	2	3	46
	15,08	11,56	2,51	1,51	2,01	32,66	14,19	10,32	1,94	1,29	1,94	29,68
9 – 11	25	23	7	2	3	60	28	18	9	1	3	59
	12,56	11,56	3,52	1,01	1,51	30,15	18,06	11,61	5,81	0,65	1,94	38,06
12 – 15	14	9	2	-	-	25	5	9	2	1	-	17
	7,04	4,52	1,01	-	-	12,56	3,23	5,81	1,29	0,65	-	10,97
16 e mais	1	-	3	-	-	4	3	1	2	1	-	7
	0,50	-	1,51	-	-	2,01	1,94	0,65	1,29	0,65	-	4,52
Total	99	65	10	8	8	199	70	55	18	6	6	155
	49,75	32,66	9,55	4,02	4,02	100,00	45,16	35,48	11,61	3,87	3,87	100,0
Ocupação			**p = 0,7405**						**p = 0,8950**			
Do lar	24	19	3	3	3	52						
	11,94	9,45	1,49	1,49	1,49	25,87						
Com trabalho	66	40	13	4	5	128	65	48	16	7	6	142
	32,84	19,90	6,47	1,99	2,49	63,68	39,88	29,45	9,82	4,29	3,68	87,12
Outros*	10	6	4	1	-	21	9	8	3	-	1	21
	4,98	2,99	1,99	0,50	-	10,45	5,52	4,91	1,84	-	0,61	12,88
	100	65	20	8	8	201	74	56	19	7	7	163
Total	49,75	32,34	9,95	3,98	3,98	100,00	45,40	34,36	11,66	4,29	4,29	100,0

estudante, aposentado,licença médica

continua

Tabela 21 - Distribuição da frequência das respostas da amostra para a questão 28 em relação às variáveis sociodemográficas da mulher e seu parceiro. São Paulo, 2009/2010

Variáveis sociodemográficas	Mulher						Parceiro					
	DT	**D**	**I**	**C**	**CT**	**Total**	**DT**	**D**	**I**	**C**	**CT**	**Total**
Crença religiosa			**p = 0,4597**						**p = 0,4941**			
sim	91	60	15	8	7	181	63	47	13	7	6	136
	45,50	30	7,50	4	3,50	90,5	45,65	34,06	9,42	5,07	4,34	
não	8	5	5	-	1	19	-	1	1	-	-	2
	4,0	2,50	2,50	-	0,50	9,5	-	0,72	0,72	-	-	1,45
Total	99	65	20	8	8	200	63	48	14	7	6	138
	49,50	32,50	10,00	4,00	4,00	100,00	45,65	34,78	10,14	5,07	4,34	100,00
Prática religiosa			**p = 0,7480**						**p = 0,9875**			
sim	54	39	11	5	3	112	27	21	6	3	2	59
	29,51	21,31	6,01	2,73	1,64	61,20	19,85	15,44	4,41	2,21	1,47	43,38
não	38	21	5	3	4	71	36	26	7	4	4	77
	20,77	11,48	2,73	1,64	2,19	38,80	26,47	19,12	5,15	2,94	2,94	56,62
Total	92	60	16	8	7	183	63	47	13	7	6	136
	50,27	32,79	8,74	4,37	3,83	100,0	46,32	34,56	9,56	5,15	4,41	100,00

Os dados da **Tabela 21** mostram que 99 (49,75%) mulheres discordaram totalmente da afirmativa **"*Depois que me tornei HIV positivo passei a usar camisinha feminina em todas as relações sexuais*"**, resposta não esperada. A maior representatividade recaiu no grupo de mulheres com escolaridade entre 5 e 8 anos (30 – 15,08%). Nota-se que apenas 16 (8,04%) mulheres correspondem ao somatório daquelas que relataram uso do preservativo feminino em todas as relações sexuais, após estar ciente do diagnóstico de soropositividade para o HIV. Os resultados mostraram p com valor = 0,0219 o que aponta que as respostas dos sujeitos, para a questão 28, não são independentes da escolaridade.

A análise de resíduos mostrou que, por um lado, as respondentes com maior escolaridade (16 anos ou mais) tendem a ser mais indiferentes do que o esperado e, por outro, aquelas com escolaridade mais baixa (1 a 4 anos) tendem a discordar (totalmente) em frequência menor do que a esperada.

A relação entre ocupação, crença e prática religiosa da mulher e do parceiro, e a afirmação da questão 28, não foi estatisticamente significante; o mesmo para a escolaridade do parceiro.

Quanto à ocupação da mulher, na **Tabela 21**, vê-se que 100 (49,75%) mulheres discordaram totalmente da afirmação, sendo 66 (32,84%) com vínculo empregatício. As mulheres do lar (52 – 25,87%) apresentaram maior representatividade (24 – 11,94%) para respostas indicativas de não uso do preservativo feminino em todas as relações sexuais (DT).

Percebe-se, ainda, na mesma **Tabela** que 9 mulheres (49,50%) discordavam totalmente da questão, sendo que 91 (45,50%) apresentavam crença em alguma religião. Vê-se, também, que a maioria possuía crença religiosa (181 – 90,5%).

O somatório de respostas para *discordo totalmente* e *discordo* foi de 164 mulheres (82%), dado expressivo quando se considera o conteúdo da afirmativa sob análise.

Quanto à prática religiosa, 92 (50,27%) mulheres discordaram totalmente da afirmativa, sendo 54 (29,51%) praticantes de uma religião. O somatório das respostas para *discordo totalmente* e *discordo*, para mulheres

com alguma prática religiosa, mostra a relevância dos dados (93 – 56,82%). Chama atenção, ainda o percentual de indiferentes (8,74% - 16 mulheres) e o reduzido número de mulheres que concordaram com a afirmativa (15 – 8,2%).

Quanto ao parceiro, os maiores percentuais de discordância das mulheres ao conteúdo da questão sob análise caracterizou parceiros com escolaridade entre 9 e 11 anos. O percentual de indiferentes (11,61% - 18) mostra maior representatividade para os parceiros na mesma faixa de escolaridade (9 – 5,81%). Estatisticamente, as respostas dadas pelas mulheres não dependem da escolaridade de seus parceiros.

Para os dados da variável ocupação, verifica-se que 65 (39,88%) mulheres com parceiro com vínculo empregatício discordaram totalmente da questão 28, enquanto 48 (29,45%) discordaram. Novamente nota-se o reduzido número de respostas que concordam com a afirmativa, fato que discorda da resposta esperada para esta questão.

Para os parceiros com crença religiosa, são expressivos os valores obtidos para *discordo totalmente* e *discordo* (63 – 45,65% e 47 – 34,06% respectivamente), em resposta à questão sob análise. O somatório de ambas alternativas identifica a maioria dos parceiros das respondentes (110 – 79,71%).

Na **Tabela 21** verifica-se, também, que 59 parceiros (43,38%), dentre 136 respondentes (100%), tinham alguma prática religiosa, porém, maior percentual de parceiros sem prática religiosa (77 – 56,62%) correspondeu às mulheres que optaram pelas alternativas discordo totalmente (36 – 26,47%) e discordo (26 – 19,12%), respostas não esperadas para a afirmativa sob análise.

Quanto à prática religiosa, 36 (26,47%) mulheres com parceiros com crença em alguma religião discordaram totalmente da afirmativa.

Conforme os resultados, verificou-se que apenas a escolaridade da mulher apresentou dependência dentre as variáveis sociodemográficas da respondente e seu parceiro com a frequência de respostas para a afirmativa que compõe a questão 28 do Fator 3.

Tabela 22- Distribuição da frequência das respostas da amostra para a questão 23, em relação às variáveis Sociodemográficas da mulher e seu parceiro, São Paulo - 2009/2010

Variáveis sociodemográficas	Mulher						Parceiro					
	DT	D	I	C	CT	Total	DT	D	I	C	CT	Total
Escolaridade (anos)			**p = 0,4098**						**p = 0,7302**			
1 – 4	28	10	4	01	2	45	17	6	2	1	-	26
	14,07	5,03	2,01	0,50	1,00	22,61	10,97	3,87	1,29	0,65	-	16,77
5 – 8	34	27	4	-	-	65	22	18	4	1	1	46
	17,09	13,57	2,01	-	-	32,66	14,19	11,61	2,58	0,65	0,65	29,68
9 – 11	31	24	4	1	-	60	28	25	6	-	-	59
	13.58	12,06	2,01	0,50	-	30,15	18,06	16,13	3,87	-	-	38,06
12 – 15	11	12	1	1	-	25	10	6	-	1	-	17
	5,53	6,03	0,50	0,50	-	12,56	6,45	3,87	-	0,65	-	10,97
16 e mais	3	1	-	-	-	4	3	4	-	-	-	7
	1,51	0,50	-	-	-	2,01	1,94	2,58	-	-	-	4,52
Total	107	74	13	3	2	199	80	59	12	3	1	155
	53,77	37,19	6,53	1,51	1,00	100,00	51,61	38,06	7,74	1,94	0,65	100
Ocupação			**p =0,7360**						**p = 0,7217**			
Do lar	1	4	2	18	27	52	-	-	-	-	-	-
	0,50	1,99	1,00	8,96	13,43	25,87	-	-	-	-	-	-
Com trabalho	-	2	1	65	60	128	74	54	10	2	2	142
	-	1,00	0,50	32,34	29,85	63,68	45,40	33,13	6,13	1,23	1,23	87,12
Outros*	-	-	-	15	6	21	12	6	2	1	-	21
	-	-	-	7,46	2,99	10,45	7,36	3,68	1,23	0,61	-	12,88
Total	1	6	3	98	93	201	86	60	12	3	2	163
	0,50	2,99	1,49	48,76	46,27	100,0	52,76	36,81	7,36	1,84	1,23	100,0

Estudante, aposentado, licença médica

continua

Conclusão

Tabela 22- Distribuição da frequência das respostas da amostra para a questão 23, em relação às variáveis sociodemográficas da mulher e seu parceiro, São Paulo - 2009/2010

Variáveis sociodemográficas	Mulher						Parceiro					
	DT	D	I	C	CT	Total	DT	D	I	C	CT	Total
Crença religiosa			**p = 0,8600**						**p = 0, 5227**			
sim	96	68	12	3	2	181	73	48	10	3	2	136
	48,00	34,00	6,00	1,50	1,00	90,5	52,90	34,78	7,25	2,17	1,45	98,55
não	11	6	2	-	-	19	-	2	-	-	-	2
	5,50	3,00	1,00	-	-	9,50	-	1,45	-	-	-	1,45
Total	107	74	14	3	2	200	73	50	10	3	2	138
	53,5	37,00	7,00	1,50	1,00	100,0	52,90	36,23	7,24	2,17	1,45	100,00
Prática religiosa			**p = 0,6120**						**p = 0,3230**			
sim	59	40	10	2	1	112	26	26	4	2	1	59
	32,24	21,86	5,46	1,09	0,55	61,20	19,12	19,12	2,94	1,47	0,74	43,38
não	38	29	2	1	1	71	47	22	6	1	1	77
	20,77	15,85	1,09	0,55	0,55	38,80	39,56	16,18	4,41	0,74	0,74	56,62
Total	97	69	12	3	2	183	73	48	10	3	2	136
	53,01	37,70	6,56	1,64	1,09	100,00	53,68	35,29	7,35	2,21	1,47	100,0

Os dados da **Tabela 22** mostram que não há significância estatística entre a questão 23 e a caracterização sociodemográfica da amostra e de seu parceiro.

Observa-se, no entanto, que 107 mulheres (53,77%) discordaram totalmente da afirmativa **"*Não uso camisinha feminina nas relações sexuais porque meu CD4 é alto e minha carga viral é baixa*"**, sendo que a maior representatividade foi obtida com 34 mulheres (17,09%) que tinham entre 5 e 8 anos de estudo. Vale destacar que 181 mulheres (90,55%) discordaram em maior ou menor grau do enunciado da questão, o que reforça a incorporação da necessidade de adesão ao preservativo pela mulher HIV positiva, ainda que se sinta fisicamente saudável.

Quanto à ocupação, 108 mulheres (53,73%) discordaram totalmente da questão, alternativa esperada. Do total, 63 (31,34%) possuíam vínculo empregatício.

Em relação à crença religiosa, observa-se que 107 (53,5%) mulheres, também, discordaram totalmente da afirmação, sendo que 96 apresentavam crença em alguma religião. Para a prática religiosa, 97 (53,01%) mulheres discordaram totalmente da afirmativa, das quais, maior representatividade recaiu em 59 mulheres (32,24%) praticantes de alguma religião. Chama atenção que 12 mulheres (6,56%) se mostraram indiferentes à questão quando se fez a relação com sua prática religiosa.

Quando se buscou informações sobre o parceiro, verificou-se que 80 entrevistadas (51,61%) discordaram totalmente da questão para parceiros alfabetizados, com maior representatividade (28 - 18,6%) para parceiros com escolaridade entre 9 e 11 anos. Ao se considerar apenas respostas discordantes (59 – 38,6%), verifica-se que maior representatividade (25 – 16,13%) recaiu na mesma faixa de escolaridade. O somatório de indivíduos discordantes puros e totais (139 – 89,67%) mostra que a escolaridade do parceiro com maior representação é maior que a da mulher com a mesma opção de resposta.

Por outro lado, o valor de p = 0,7217, para os dados da ocupação do parceiro, mostra que as respostas das mulheres independem desta variável. Verifica-se, no entanto, que, dentre os 142 parceiros (87,12%) com vínculo

empregatício, 74 (45,4%) mulheres discordaram totalmente da questão. O somatório de respostas discordantes para ambos os graus (146 – 89,57%) mostra maior proporção de respostas esperadas dentre mulheres com parceiro com vínculo empregatício (128 – 78,53%) em comparação àquelas cujo parceiro estava sem vínculo com emprego.

A maioria (136 – 98,55%) de mulheres com parceiros com alguma crença religiosa mostrou, também, que as respostas esperadas para a questão – discordo totalmente e discordo – corresponderam ao maior percentual (73 – 52,9% e 48 – 34,78%, respectivamente).

Assim como nas variáveis anteriores, os dados da **Tabela 22** mostram que discordar totalmente da afirmativa da questão 23 correspondeu a 73 (53,68%) mulheres com parcerias, dentre as 136 respostas obtidas. Quando o enfoque foi nas práticas religiosas, o percentual de parceiros que não possuíam esta prática (47 -39,56%) indicou que suas mulheres optaram pela mesma alternativa.

Os resultados apresentados na **Tabela 22** mostram, portanto, que não houve dependência entre as variáveis sociodemográficas da mulher e de seu parceiro com a frequência e respostas para o grau de concordância em relação à questão 23 que compôs o Fator 4.

Tabela 23 - Distribuição da frequência das respostas da amostra para a questão 50, em relação às variáveis sociodemográficas da mulher e seu parceiro, São Paulo - 2009/2010

Variáveis sociodemográficas	Mulher						Parceiro					
	DT	D	I	C	CT	Total	DT	D	I	C	CT	Total
Escolaridade (anos)			**p = 0,1410**						**p = 0,1874**			
1 – 4	31	11	2	-	1	45	16	10	-	-	-	26
	15,58	5,53	1,01	-	0,50	22,61	10,32	6,45	-	-	-	16,77
5 – 8	28	19	14	3	1	65	24	19	3	-	-	46
	14,97	9,55	7,04	1,51	0,50	32,66	15,48	12,76	1,94	-	-	29,68
9 – 11	26	22	11	1	-	60	28	17	12	2	-	59
	13,07	11,06	5,53	0,50	-	30,15	18,06	10,97	7,74	1,29	-	38,06
12 – 15	9	11	5	-	-	25	7	8	2	-	-	17
	4,52	5,53	2,51	-	-	12,56	4,52	5,16	1,29	-	-	10,97
16 e mais	4	-	-	-	-	4	4	1	2	-	-	7
	2,01	-	-	-	-	2,01	2,58	0,65	1,29	-	-	4,52
Total	98	63	32	4	2	199	79	55	19	2	-	155
	49,25	31,66	16,08	2,01	1,01	100,00	50,97	35,48	12,26	1,29	-	100,00
Ocupação			**p = 0,8108**						**p = 0, 3944**			
Do lar	30	14	7	1	-	52						
	14,93	6,97	3,48	0,50	-	25,87						
Com trabalho	59	42	21	4	2	128	70	51	19	2	-	142
	29,35	20,90	10,45	1,99	1,00	63,68	42,94	31,29	11,66	1,23	-	87,12
Outros*	9	7	5	-	-	21	13	5	2	1	-	21
	4,48	3,48	2,49	-	-	10,45	7,98	3,07	1,23	0,61	-	12,88
Total	98	63	33	5	2	201	83	56	21	3	-	163
	48,76	31,34	16,42	2,49	1,00	100,00	50,92	34,36	12,88	1,84	-	100,00

*estudante, aposentado, licença médica

continua

Conclusão

Tabela 23- Distribuição da frequência das respostas da amostra para a questão 50, em relação às variáveis sociodemográficas da mulher e seu parceiro, São Paulo - 2009/2010

Variáveis sociodemográficas	Mulher						Parceiro					
	DT	D	I	C	CT	Total	DT	D	I	C	CT	Total
Crença religiosa			**p = 0,7294**						**p = 0,1794**			
sim	87	58	30	4	2	181	72	44	18	2	-	136
	43,5	29,00	15,00	2,00	1,00	90,5	52,17	31,89	13,04	1,45	-	98,55
não	10	2	3	1	-	19	2	-	-	-	-	2
	5,00	2,50	1,50	0,50	-	9,50	1,45	-	-	-	-	1,45
Total	97	63	33	5	2	200	74	44	18	2	-	138
	48,50	31,50	16,50	2,50	1,00	100,00	53,62	31,88	13,04	1,45	-	100,00
Prática religiosa			**p = 0,5695**						**p = 0,6328**			
sim	57	35	16	2	2	112	30	20	9	-	-	59
	31,15	19,13	8,74	1,09	1,09	61,20	22,06	14,71	6,62	-	-	43,38
não	31	23	15	2	-	71	42	24	9	2	-	77
	16,94	12,57	8,20	1,09	-	38,80	30,88	17,65	6,62	1,47	-	56,62
Total	88	58	31	4	2	183	72	44	18	2	-	136
	48,09	31,69	16,94	2,19	1,09	100,00	52,94	32,35	13,24	1,47	-	100,00

Ao observar a **Tabela 23**, nota-se que as respostas das mulheres entrevistadas em relação à afirmativa **"*Meu parceiro usa drogas antes da relação sexual, por isso não consegue usar a camisinha masculina*"**, e a caracterização sociodemográfica da mulher e de seu parceiro não foram estatisticamente significantes. Vale lembrar que esta questão foi a que melhor contribuiu na construção do instrumento do Fator 5 – Drogadição.

Nesta **Tabela**, verifica-se que maior percentual de mulheres que optaram pela alternativa discordo totalmente, correspondeu àquelas com menor escolaridade (31 – 15,58%), enquanto que, dentre as 63 (31,66) que simplesmente discordaram da questão, 22 (11,06%) tinham entre 9 e 11 anos de estudo.

Para a ocupação, nota-se predomínio de respostas discordantes totalmente e apenas discordantes da questão. No entanto, dentre as 128 (63,68%) mulheres com vínculo empregatício, o percentual de respostas para as alternativas *discordo totalmente* e *discordo* foi maior que o apresentado pelas mulheres com atividades do lar.

A crença religiosa com valor de p = 0,7294 demonstra não ter significância estatística. Quando se observam os dados sobre crença religiosa da mulher, nota-se que predominaram aquelas com crença religiosa (181 – 90,5%). Destas, chama atenção a proporção de mulheres que se mostraram indiferentes à questão (30 – 15%), embora tenha sido expressiva a representatividade das mulheres que optaram pela alternativa *discordo totalmente* (87 – 43,5%) e apenas *discordo* (58 – 29%) com a afirmativa da questão 50.

Ao se considerar a prática religiosa da mulher, verifica-se na mesma **Tabela** que a maioria das respondentes (112 – 61,2%) apresentava alguma prática religiosa, e que destas houve predomínio de respostas para as alternativas *discordo totalmente* (57 – 31,15%) e *discordo* (35 – 19,13%).

Chamam a atenção os percentuais obtidos com as respostas das mulheres para a alternativa indiferente para as quatro variáveis apresentadas na **Tabela**.

Quando se analisam os dados do parceiro, verifica-se que houve maior representatividade dentre aqueles com escolaridade entre 9 e 11 anos

de estudo (59 - 38,06%); escolaridade que predominou sobre as demais para a alternativa *discordo totalmente* (28 - 18,06%). Para a alternativa *discordo*, mulheres cujos parceiros tinham de 5 a 8 anos de estudo predominaram. A proporção de respostas *indiferente* foi menor quando se compara à escolaridade das mulheres (12,26% e 16,08%, respectivamente).

Para a ocupação, nota-se que as mulheres, cujo parceiro tinha um vínculo empregatício, discordaram totalmente da questão sob estudo (70 – 42,94%) em maior percentual quando comparadas àquelas que apenas discordaram (51 – 31,29%). Os dados para a alternativa indiferente também se mostraram expressivos (19 - 11,66%).

Para os parceiros com crença religiosa, verifica-se predomínio de respostas das mulheres para a alternativa *discordo totalmente* (72 – 52,17%), seguida por *discordo* (44 – 31,89%). Também deve ser considerado o percentual de respostas para *indiferente* (18 – 13,94%).

Quanto à prática religiosa, predominaram as mulheres com parceiros não praticantes (77 – 56,62%), porém verificam-se percentuais expressivos para as respostas às alternativas *discordo totalmente* (72 – 52,94%) e discordo (44 – 32,35%). Vale destacar, também, o percentual de respostas para a alternativa *indiferente* (18 – 13,24%).

Portanto, os resultados mostraram que não existe dependência entre as variáveis sociodemográficas da mulher e de seu parceiro com a frequência das respostas para a questão 50, para a qual a maioria das mulheres não concordou.

Tabela 24 - Distribuição da frequência das respostas da amostra para a questão 88, em relação às variáveis sociodemográficas da mulher e seu parceiro, São Paulo - 2009/2010

Variáveis sociodemográficas	Mulher						Parceiro					
	DT	D	I	C	CT	Total	DT	D	I	C	CT	Total
Escolaridade (anos)			**p = 0,6248**						**p = 0,8943**			
1 – 4	20	18	2	1	4	45	9	14	1	-	2	26
	10,05	9,05	1,01	0,50	2,01	22,61	5,81	9,03	0,65	-	1,29	16,77
5 – 8	23	31	7	3	1	65	23	19	2	1	1	46
	11,56	15,58	3,52	1,51	0,50	32,66	14,84	12,26	1,29	0,65	0,65	29,68
9 – 11	29	26	4	-	1	60	24	28	4	2	1	59
	14,57	13,07	2,01	-	0,50	30,15	15,48	18,06	2,58	1,29	0,65	38,06
12 – 15	11	12	1	-	1	25	6	10	1	-	-	17
	5,53	6,03	0,50	-	0,50	12,56	3,87	6,45	0,65	-	-	10,97
16 e mais	2	2	-	-	-	4	4	2	1	-	-	7
	1,01	1,01	-	-	-	2,01	2,58	1,29	0,65	-	-	4,52
Total	85	89	14	4	7	199	66	73	9	3	4	155
	42,71	44,72	7,04	2,01	3,52	100,00	42,58	47,10	5,81	1,94	2,58	100,00
Ocupação			**p = 0,7889**						**p = 0,6286**			
Do lar	26	21	2	1	2	52	-	-	-	-	-	-
	12,94	10,45	1,00	0,50	1,00	25,87	-	-	-	-	-	-
Com trabalho	53	56	12	3	4	128	59	63	10	3	7	142
	26,37	27,86	5,97	1,49	1,99	63,68	36,20	38,65	6,13	1,84	4,29	87,12
	6	12	2	-	1	21	7	12	2	-	-	21
Outros*	62,99	5,97	1,00	-	0,05	10,45	4,29	7,36	1,23	-	-	12,88
Total	85	89	16	4	7	201	66	75	12	3	7	163
	42,29	44,28	7,96	1,99	3,48	100,00	40,49	46,01	7,36	1,84	4,29	100,00

*estudante, aposentado, licença médica

continua

Conclusão

Tabela 24- Distribuição da frequência das respostas da amostra para a questão 88, em relação às variáveis sociodemográficas da mulher e seu parceiro, São Paulo - 2009/2010

Variáveis sociodemográficas	Mulher						Parceiro					
	DT	D	I	C	CT	Total	DT	D	I	C	CT	Total
Crença religiosa			**p = 0,1806**						**p = 0,6200**			
sim	74	86	12	4	7	181	60	60	8	3	5	136
	37,00	42,00	6,00	2,00	3,50	90,50	43,48	43,48	5,79	2,17	3,62	98,55
não	10	5	4	-	-	19	2	-	-	-	-	2
	5,00	2,50	2,00	-	-	9,50	1,45	-	-	-	-	1,45
Total	84	89	16	4	7	200	62	60	8	3	5	138
	42,00	44,50	8,00	2,00	3,50	100,00	44,93	43,38	5,79	2,17	3,62	100,00
Prática religiosa			**p = 0,2453**						**p = 0,8338**			
sim	44	50	10	4	4	112	24	27	4	2	2	59
	24,04	27,32	5,46	2,19	2,19	61,20	17,65	19,85	2,94	1,47	1,47	43,38
não	31	35	2	-	3	71	36	34	3	1	3	77
	16,94	19,13	1,09	-	1,64	38,80	26,47	25,00	2,21	0,74	2,21	56,62
Total	75	85	12	4	7	183	60	61	7	3	5	136
	40,98	46,45	6,56	2,19	3,83	100,00	44,12	44,85	5,15	2,21	3,68	100,00

Conforme a **Tabela 24**, observa-se que as respostas das mulheres quanto à questão 88 ***"Deus irá me curar, por isso eu e meu parceiro não usamos camisinha nas relações sexuais"***, não apresentaram significância estatística para as variáveis estudadas.

Na **Tabela 24**, verifica-se que o maior percentual de mulheres tem escolaridade entre 5 e 8 anos (65 – 32,66%), faixa de estudo que contribui para a maior representatividade de mulheres que optaram pela alternativa de discordância (31 – 15,58%), resposta esperada. Segue-se o percentual de mulheres com opção para a alternativa *discordo totalmente*, correspondendo à faixa de escolaridade entre 9 e 11 anos (29 – 14,57%). O somatório das alternativas de discordância se mostra extremamente superior ao correspondente às alternativas de concordância (174 – 87,43% e 11 – 5,3%).

Dentre as mulheres com crença religiosa (181 – 90,5%), maior percentual coube às respondentes que optaram pela alternativa *discordo* (86 – 42%), seguido por aquelas que escolheram a discordância total (74 – 37%); este achado está de acordo com o esperado como resposta.

Observa-se, também, que dentre as mulheres praticantes de religião (112 – 61,2%), maior percentual correspondeu àquelas que optaram pela alternativa *discordo* (50 – 27,32%). Nota-se que o somatório das alternativas discordantes foi extremamente superior ao somatório das alternativas concordantes (160 – 87,43% e 11 – 6,02%, respectivamente).

Chama atenção o expressivo percentual de mulheres que optaram pela alternativa *indiferente*, para todas as variáveis apresentadas na **Tabela** sob estudo.

Ao se observar a escolaridade dos parceiros das mulheres que optaram pelas alternativas esperadas, ou seja discordantes, verifica-se que os maiores percentuais encontram-se na faixa de escolaridade entre 9 e 11 anos (*discordo* = 28 – 18,06% e *discordo totalmente* = 24 - 15,48%).

Quanto à variável ocupação do parceiro, os maiores percentuais de respostas esperadas se situaram nas alternativas de discordância (*discordo* = 63 – 38,65% e *discordo totalmente* = 59 – 36,2%) dentre os homens com ocupação, embora não tenha sido verificada significância estatísitica na

relação com a questão 88. Nota-se, ainda, que os citados resultados assemelharam-se aos obtidos pelas mulheres com alguma ocupação.

Dentre os parceiros com alguma crença religiosa (136 – 98,55%), foi expressivo o percentual de mulheres que optaram pelas alternativas discordantes (60 – 43,48% para ambas); fato que também ocorreu quando se considerou a crença religiosa da mulher.

Novamente, observam-se maiores percentuais de respostas das mulheres, cujos parceiros não tinham práticas religiosas, para as alternativas discordantes (*discordo totalmente* = 36 – 26,47% e *discordo* = 34 = 25%), ambas consideradas como respostas esperadas. A discordância da questão alerta para a não relação, feita pelas mulheres, para a cura proporcionada por Entidade Superior e uso de preservativos.

Portanto, os resultados mostraram que não houve dependência entre as variáveis sociodemográficas da mulher e seu parceiro, e com a frequência de respostas para a questão 88 do Fator 6.

Tabela 25- Distribuição da frequência das respostas da amostra para a questão 90, em relação às variáveis sociodemográficas da mulher e seu parceiro, São Paulo - 2009/2010

Variáveis sociodemográficas	Mulher						Parceiro					
	DT	D	I	C	CT	Total	DT	D	I	C	CT	Total
Escolaridade (anos)			**p = 0,9611**						**p = 0,2292**			
1 – 4	10	14	15	2	1	45	5	11	6	2	2	26
	5,03	7,04	7,54	2,51	0,50	22,61	3,23	7,10	3,87	1,29	1,29	16,77
5 – 8	11	22	24	5	3	65	13	17	12	3	1	46
	5,53	11,06	12,06	2,51	1,51	32,66	8,39	10,97	7,74	1,94	0,65	29,68
9 – 11	9	26	19	4	2	60	10	27	15	3	4	59
	4,52	13,07	9,55	2,01	1,01	30,15	6,45	17,42	9,68	1,94	2,58	38,06
12 – 15	4	12	7	1	1	1	1	5	6	5	-	17
	2,01	6,03	3,52	0,50	0,50	0,50	0,65	3,23	3,87	3,23	-	10,97
16 e mais	-	3	1	-	-	-	2	4	1	-	-	7
	-	1,51	0,50	-	-	-	1,29	2,58	0,65	-	-	4,52
Total	34	77	66	15	7	199	31	64	40	13	7	155
	17,09	38,69	33,17	7,54	3,52	100,00	20,00	41,29	25,81	8,39	4,52	100,00
Ocupação			**p = 0,8642**						**p = 0,9876**			
Do lar	11	20	16	3	2	52	-	-	-	-	-	-
	5,47	9,95	9,76	1,49	1,00	25,87	-	-	-	-	-	-
Com trabalho	21	49	42	11	5	128	27	58	39	12	6	142
	10,45	24,38	20,90	5,47	2,49	63,68	16,56	35,58	23,93	7,36	3,68	87,12
Outros*	2	8	10	1	-	21	3	9	6	2	1	21
	1,00	3,98	4,98	0,50	-	10,45	1,84	5,52	3,68	1,23	0,61	12,88
Total	34	77	68	1	7	201	30	67	45	14	7	163
	16,92	38,31	33,83	0,50	3,48	100,00	18,40	41,10	27,61	8,59	4,29	100,00

*estudante, aposentado, licença médica

continua

Conclusão

Tabela 25 - Distribuição da frequência das respostas da amostra para a questão 90, em relação às variáveis sociodemográficas da mulher e seu parceiro, São Paulo - 2009/2010

Variáveis sociodemográficas	Mulher						Parceiro					
	DT	D	I	C	CT	Total	DT	D	I	C	CT	Total
Crença religiosa			**p = 0,5007**						**p = 0,6128**			
sim	31	71	58	15	6	181	26	52	37	14	7	136
	15,50	35,50	29,00	7,50	3,00	90,50	18,84	37,68	26,81	10,14	5,07	98,55
não	2	6	10	-	1	19	1	1	-	-	-	2
	1,00	3,00	5,00	-	0,50	9,5	0,72	0,72	-	-	-	1,45
Total	33	77	68	15	7	200	27	53	37	14	7	138
	16,50	38,50	34,00	7,50	3,50	100,00	19,57	38,41	26,81	10,14	5,07	100,00
Prática religiosa			**p = 0,1956**						**p = 0,0420**			
sim	16	45	37	8	6	112	11	31	10	4	3	59
	8,74	24,59	20,22	4,37	3,28	61,20	8,09	22,79	7,35	2,94	2,21	43,38
não	16	27	21	7	-	71	15	22	26	10	4	77
	8,74	14,75	11,48	3,83	-	38,80	11,03	16,18	19,12	7,35	2,94	56,62
Total	32	72	58	15	6	183	26	53	36	14	7	136
	17,49	39,34	31,69	8,20	3,28	100,00	19,12	38,97	26,47	10,29	5,15	100,00

Os dados da **Tabela 25** mostram que as respostas das mulheres quanto à questão 90 **"*Quero usar camisinha feminina nas relações sexuais, mas meu parceiro não gosta*"**, não apresentaram significância estatística, com exceção da prática religiosa do parceiro (p = 0,0420).

Observa-se que dentre as respondentes com escolaridade de 9 a 11 anos (60 – 30,15%), 26 (13,07%) discordaram da questão 90. No entanto, das 65 (32,66%), com escolaridade entre 5 a 8 anos, 24 (12,06%) se apresentaram como indiferentes à questão, representatividade maior que as demais alternativas.

Quanto à ocupação, a maior representatividade ocorreu com mulheres com vínculo empregatício (128 - 63,68%), em que 49 (24,38%) discordaram da questão 90, e 42 (20,9%) mostraram-se indiferentes à questão.

Em relação à variável crença religiosa, nota-se que dentre as 181 (90,5%) com crença religiosa, 71 (35,5) não apresentaram concordância com a questão e 58 (29%) mulheres optaram pela alternativa *indiferente*. Das 112 (61,2%) respondentes com prática religiosa, 45 (24,59%) mostraram-se discordantes da questão e 37 (20,22%) indiferentes.

Quanto aos parceiros, dentre aqueles com escolaridade entre 9 e 11 anos (59 – 38,06%), 27 (17,42%) representaram a alternativa de discordância, enquanto 17 (10,97%) foi a maior representatividade para a mesma alternativa, dentre os parceiros com 5 a 8 anos de escolaridade (46 - 29,68%).

Observa-se que, dentre as mulheres com parceiros com vínculo empregatício (142 – 87,12%), 58 (35,58%), também, apresentaram-se discordantes da questão sob análise. Nota-se que 39 (23 – 93%) mostraram indiferença.

Em relação à crença religiosa, nota-se que as respostas das mulheres não dependem da crença dos parceiros. A **Tabela** mostrou que 52 mulheres discordaram e que 37 (26,81%) mostraram-se indiferentes à questão. Quanto à prática religiosa, dentre as mulheres com parceiros praticantes de alguma religião, 31 (22,79%) discordaram da afirmativa, enquanto que dentre as mulheres com parceiros não praticantes, 26 (19,12%)

apresentaram-se indiferentes à questão sob análise. Nota-se que a maioria dos parceiros (77 – 56,62%) não era praticante religioso. Os dados mostraram que o valor de p = 0,0420 mostrou significância para a prática religiosa dos parceiros.

Na análise de resíduos, as respondentes com parceiro não praticante tenderam a ser mais indiferentes do que o esperado e a discordarem menos do que o esperado; para as respostas relativas ao parceiro praticante, as mulheres discordam mais do que o esperado e foram menos indiferentes do que o esperado.

Os dados obtidos da **Tabela 25** mostraram, portanto, que somente a variável prática religiosa do parceiro tem dependência com a frequência das respostas para a questão 90 do Fator 7.

Tabela 26 - Distribuição da frequência das respostas da amostra para a questão 80, em relação às variáveis sociodemográficas da mulher e seu parceiro, São Paulo - 2009/2010

Variáveis sociodemográficas	Mulher						Parceiro					
	DT	D	I	C	CT	Total	DT	D	I	C	CT	Total
Escolaridade (anos)			**p = 0,0377**						**p = 0,6179**			
1 – 4	13	14	4	8	6	45	5	13	1	6	1	23
	6,53	7,04	2,01	4,02	3,02	22,61	3,23	8,39	0,65	3,87	0,65	14,84
5 – 8	10	22	3	25	5	65	9	16	1	15	5	46
	5,03	11,06	1,51	12,56	2,51	32,66	5,81	10,32	0,65	9,68	3,23	29,68
9 – 11	5	24	4	19	8	60	7	17	4	19	12	59
	2,51	12,06	2,01	9,55	4,02	30,15	4,52	10,97	2,58	12,26	7,74	38,06
12 – 15	4	2	4	9	6	25	1	6	-	7	3	17
	2,01	1,01	2,01	4,52	3,02	12,56	0,65	3,87	-	4,52	1,94	10,97
16 e mais	-	1	-	3	-	4	1	3	-	3	-	7
	-	0,50	-	1,51	-	2,01	0,65	1,94	-	1,94	-	4,52
Total	32	63	15	64	25	199	23	55	6	50	21	155
	16,08	31,66	7,54	32,16	12,56	100,00	14,84	35,48	3,87	32,26	13,55	100,00
Ocupação			**p = 0,2866**						**p = 0,2709**			
Do lar	10	21	1	15	5	52	-	-	-	-	-	-
	4,98	10,45	0,50	7,46	2,49	25,87	-	-	-	-	-	-
Com trabalho	19	33	14	44	18	128	22	48	5	47	20	142
	9,45	16,42	6,97	21,89	8,96	63,68	13,50	29,45	3,07	28,83	12,27	87,12
	4	9	1	5	2	21	7	7	1	5	1	21
Outros	1,99	4,48	0,50	2,49	1,00	10,45	4,29	4,29	0,61	3,07	0,61	12,88
Total	33	63	16	64	25	201	29	55	6	52	21	163
	16,42	31,34	7,96	31,84	12,44	100,00	17,79	33,74	3,68	31,90	12,88	100,00

*estudante, aposentado, licença médica

continua

Conclusão

Tabela 26- Distribuição da freqüência das respostas da amostra para a questão 80, em relação às variáveis sociodemográficas da mulher e seu parceiro, São Paulo - 2009/2010

Variáveis sociodemográficas	**Mulher**						**Parceiro**					
	DT	**D**	**I**	**C**	**CT**	**Total**	**DT**	**D**	**I**	**C**	**CT**	**Total**
Crença religiosa			p = 0,6208						p = 0,7737			
sim	27	57	14	59	24	181	23	45	6	44	18	136
	13,50	28,50	7,00	29,50	12	90,5	16,67	32,61	4,35	31,89	13,04	98,55
não	5	6	2	5	1	19	-	-	-	1	1	2
	2,50	3,00	1,00	2,5	0,50	9,50	-	-	-	0,72	0,72	1,45
Total	32	63	16	64	25	200	23	45	6	45	19	138
	16,00	31,50	8,00	32,00	12,50	100,00	16,67	32,61	4,35	32,61	13,77	100,00
Prática religiosa			**p = 0,5769**						**p = 0,5732**			
sim	17	40	7	33	15	112	8	20	3	22	6	59
	9,29	21,86	3,83	18,03	8,20	61,20	5,88	14,71	2,21	16,18	4,41	43,38
não	11	18	7	26	9	71	15	25	3	21	13	77
	6,01	9,84	3,83	14,21	4,92	38,80	11,03	18,38	2,21	15,44	9,56	56,62
Total	28	58	14	59	24	183	23	45	6	43	19	136
	15,30	31,69	7,65	32,24	13,11	100,00	16,91	33,09	4,42	31,62	13,97	100,00

Na **Tabela 26**, observa-se que para a questão 80 **"*Meu parceiro compra a camisinha*"**, apenas a variável escolaridade das respondentes mostrou-se estatisticamente significante (p = 0,0377).

Realizada a análise de resíduos, verificou-se que as respondentes entre 1 e 4 anos de escolaridade tenderam a discordar totalmente da afirmação em um nível superior ao esperado, com menos concordância do que o esperado. Em relação à escolaridade entre 12 e 15 anos, verificou-se que houve menos respondentes que discordaram com a questão do que o esperado.

Na mesma **Tabela** observa-se menor representatividade para as alternativas de concordância (*concordo* = 64 mulheres – 32,16% e *concordo totalmente* = 25 mulheres – 12,56%) em relação às discordantes (*discordo* = 63 mulheres – 31,66% e *discordo totalmente* = 32 mulheres – 16,08%). Dentre as 65 respondentes (32,66%) com 5 a 8 anos de estudo, 25 mulheres (12,56%) optaram pela alternativa *concordo*; enquanto que o maior percentual de respostas de mulheres com escolaridade entre 9 e 11 anos recaiu na opção pela alternativa *discordo* (24 – 12,06%).

A **Tabela 26** mostra, também, que em relação à ocupação da mulher, maior representatividade recaiu na opção de alternativa de concordância com a questão 80 (44 – 21,89%), seguida pela discordância (33 – 16,42%). Chama atenção, no entanto, que o somatório de mulheres que optaram pelas alternativas de discordância foi maior do que o somatório das alternativas de concordância (99 – 47,76% e 89 – 44,28%, respectivamente).

A crença religiosa da mulher, outra variável sob análise, mostrou que dentre as 181 mulheres (90,5%), com alguma crença religiosa, maior percentual recaiu para as respondentes que optaram pela alternativa discordo (57 – 28,5%). Por outro lado, assim como a variável discutida anteriormente, o somatório de mulheres que optaram pelas alternativas de discordância foi maior do que o somatório das que escolheram as alternativas de concordância (95 – 47,5% e 89 – 44,5%, respectivamente).

Ao se observar as respostas das mulheres e caracterizá-las, segundo a prática religiosa, nota-se que, dentre as 112 (61,2%) com práticas religiosas, maior representatividade encontra-se dentre aquelas que optaram

pela alternativa de discordância da questão 80, e que o somatório desta categoria também se mostrou superior ao referente às alternativas de concordância (86 – 46,99% e 83 45,35%, respectivamente).

Quando o foco é direcionado à escolaridade do parceiro, nota-se que maior representatividade ocorreu dentre aqueles com 9 a 11 anos de estudo, cuja mulher optou pela alternativa de concordância (19 – 12,26%), que foi discretamente superior à alternativa oposta (17 – 10,97%). Nota-se que estes valores são inversos aos verificados para as mulheres na mesma faixa de escolaridade.

Na mesma **Tabela** observa-se, também, que as mulheres com parceiros com vínculo empregatício (142 – 87,12%) apresentaram maior representatividade para a opção de alternativa *discordo* (48 – 29,45%), seguidas por aquelas que optaram pela concordância (47 – 28,83%).

Semelhante representatividade de dados pode ser observada quando, na mesma **Tabela**, se analisam os dados dos parceiros com alguma crença religiosa. Assim como as anteriores, esta variável não foi estatisticamente significante.

Ao se observar os dados obtidos para a variável prática religiosa do parceiro, vê-se que, dentre as 77 mulheres (56,62%), cujos parceiros não são praticantes de qualquer religião, maior representatividade, recaiu dentre aquelas que optaram pela alternativa de discordância (25 – 18,38%); enquanto que, dentre aquelas, cujo parceiro tem prática religiosa (59 – 43,38%), maior percentual pode ser observado para a alternativa de concordância (22 – 16,18%).

A forte semelhança dos dados que compõem a Tabela sob análise, para cada variável, considerados os polos opostos, e observados à luz da questão 79, cuja carga fatorial também foi relevante para a construção do Fator 8 – Socioeconômico, porém que não sofreu maior detalhamento, levam a pesquisadora a inferir que ambas as questões se complementam, derivando o equilíbrio entre concordância e discordância verificada para a questão 80.

Tabela 27 - Distribuiçãoda frequência das respostas da amostra para a questão 27, em relação às variáveis sociodemográficas da mulher e seu parceiro, São Paulo - 2009/2010

Variáveis sociodemográficas	Mulher						Parceiro					
	DT	D	I	C	CT	Total	DT	D	I	C	CT	Total
Escolaridade (anos)			**p = 0,6751**						**p = 0,7302**			
1 – 4	-	-	1	20	24	45	1	-	1	14	10	26
	-	-	0,50	10,05	12,06	22,61	0,65	-	0,65	9,03	6,45	16,77
5 – 8	-	2	-	32	31	65	-	2	-	25	19	46
	-	1,01	-	16,08	15,58	32,66	-	1,29	-	16,13	12,26	29,68
9 – 11	1	4	1	30	24	60	-	3	2	24	30	59
	0.50	2,01	0,50	15,08	12,06	30,15	-	1,94	1,29	15,48	19,35	38,06
12 – 15	-	-	-	14	11	25	-	1	-	7	9	17
	-	-	-	7,04	5,53	12,56	-	0,65	-	4,52	5,81	10,97
16 e mais	-	-	-	1	3	4	-	-	-	4	3	7
	-	-	-	0,50	1,51	2,01	-	-	-	2,58	1,94	4,52
Total	1	6	2	97	93	199	1	6	3	74	71	155
	0,50	3,02	1,01	48,74	46,73	100,00	0,65	3,87	1,94	47,74	45,81	100,00
Ocupação			**p = 0,0357**						**p = 0,7050**			
Do lar	1	4	2	18	27	52	-	-	-	-	-	-
	0,50	1,99	1,00	8,96	13,43	25,87	-	-	-	-	-	-
Com trabalho	-	2	1	65	60	128	1	6	3	67	65	142
	-	1,00	0,50	32,34	29,85	63,68	0.61	3,68	1,84	41,10	39,88	87,12
Outros*	-	-	-	15	6	21	-	-	-	12	9	21
	-	-	-	7,46	2,99	10,45	-	-	-	7,36	5,52	12,58
Total	1	6	3	98	93	201	1	6	3	79	74	163
	0,50	2,99	1,50	48,76	46,27	100,0	0,61	3,68	1,84	48,47	45,40	100,0

*estudante, aposentado, licença médica

continua

Tabela 27 - Distribuição da frequência das respostas da amostra para a questão 27, em relação às variáveis sociodemográficas da mulher e seu parceiro, São Paulo - 2009/2010

Variáveis sociodemográficas	Mulher						Parceiro					
	DT	D	I	C	CT	Total	DT	D	I	C	CT	Total
Crença religiosa			**p = 0,5514**						**p = 0,7090**			
sim	1	6	2	90	82	181	1	6	3	66	60	136
	0,50	3,00	1,00	45,00	41,00	90,5	0,72	4,34	2,17	47,83	43,48	98,54
não	-	-	1	8	10	19	-	-	-	-	2	2
	-	-	0,50	4,00	5,00	9,50	-	-	-	-	1,45	1,45
Total	1	6	3	98	92	200	1	6	3	66	62	138
	0,50	3,00	1,50	49,00	46,00	100,00	0,72	4,34	2,17	47,83	44,93	100.0
Prática religiosa			**p= 0,7102**						**p = 0,6058**			
sim	1	4	2	52	53	112	1	2	1	32	23	59
	0,55	2,19	1,09	28,42	28,96	61,21	0,74	1,47	0,74	23,53	16,91	43,38
não	-	2	-	38	31	71	-	4	2	34	37	77
	-	1,09	-	20,77	16,94	38,80	-	2,94	1,47	25,00	27,21	56,62
Total	1	6	2	90	84	183	1	6	3	66	60	136
	0,55	3,28	1,09	49,18	45,90	100,00	0,74	4,41	2,21	48,53	44,12	100,00

Observa-se que na **Tabela 27**, 97 mulheres (48,74%) concordaram e 93 (46,73%) concordaram totalmente com a questão **"*O uso da camisinha masculina nas relações sexuais protege o meu parceiro*"**, respostas esperadas para a questão. Destes totais, 32 (16,08%) e 31 (15,58%) mulheres estudaram entre 5 e 8 anos, seguidas por aquelas com maior escolaridade – de 9 a 11 anos – correspondendo a 30 (15,08%) e 24 mulheres (12,06%), para as respostas concordo e concordo totalmente, respectivamente; embora representatividade semelhante tenha sido obtida dentre as mulheres com reduzida escolaridade (24 – 12,06%) e concordância total. Dentre as mulheres com maior escolaridade também se observa número satisfatório de respostas de concordância. O valor de p = 0,6751 não revelou associação significativa em relação à afirmativa em análise e a escolaridade das mulheres.

Na mesma **Tabela**, verifica-se que o valor de p = 0,0357 para ocupação revelou significância estatística. Nota-se que a maioria das mulheres (128 – 63,68%) possuía vínculo empregatício, enquanto 52 (25,87%) eram do lar e 21 (10,45%) eram estudantes, aposentadas, desempregadas e afastadas por licença médica. Dentre as que trabalhavam, 65 32,34%) e 60 (29,85%) responderam às alternativas de concordância; o mesmo ocorrendo com as 21 (10,45%) que exerciam outras atividades.

Esses dados mostram que **"o *uso da camisinha masculina nas relações sexuais protege o meu parceiro*"** (questão 27) não é independente do tipo de ocupação desenvolvida pela respondente.

Cabe esclarecer que a análise dos resíduos para o teste aplicado mostrou que as respondentes classificadas como "do lar" tendem a concordar menos do que o esperado, apresentando uma discordância superior ao esperado. Por sua vez, respondentes classificadas em "outras" atividades concordaram com a afirmativa da questão em nível superior ao esperado.

Outra variável apresentada na mesma **Tabela** é a crença religiosa que não apresentou significância estatística (p = 0,5514). Observa-se que dentre as mulheres com crença religiosa, 90 (45%) concordaram e 82 (41%) concordaram totalmente com a questão, dentre 181 (90,5%) respondentes.

Quanto às mulheres que eram praticantes de alguma religião (112-61,21%), 53 (28,96%) concordaram totalmente e 52 (28,42%) apenas concordaram com a questão 27. Embora citando nenhuma prática religiosa, chama a atenção que 38 mulheres (20,77%) e outras 31 (16,94%), dentre 71 (38,80%), ofereceram respostas esperadas para a questão, ou seja, concordância e concordância total, respectivamente. A prática religiosa também não apresentou significância estatística, portanto, a frequência das respostas das mulheres independe da prática religiosa.

Em relação ao parceiro, observa-se na mesma **Tabela** que nenhuma variável sociodemográfica é estatisticamente significante em relação às respostas dadas pelas mulheres. Assim, novamente a escolaridade do parceiro mostrou-se maior que a da mulher quando o foco de atenção foi para a resposta esperada para o item, ou seja 59 parceiros (38,06%) tinham escolaridade entre 9 e 11 anos e 19,35% (30) foi o percentual de respostas para concordância total e 15,48% (24) para concordância pura.

Observa-se, também, que os dados da ocupação do parceiro mostram que as respostas das mulheres independem desta variável (p = 0,7050). Dentre as 163 mulheres que responderam à questão, a maioria (153 – 92,87%) apontou as respostas esperadas (*concordo* e *concordo totalmente*); dados refletidos pelos percentuais obtidos para as mesmas respostas dentre as mulheres cujos parceiros tinham vínculo empregatício (41,70% - 67 e 39,88% - 65, respectivamente).

Em relação à crença religiosa, observa-se que dentre 136 (98,54) mulheres com parceiros com crença religiosa, 66 (47,83%) concordaram e 60 (43,48%) concordaram totalmente com a afirmação. Verifica-se, pelos dados, que não houve significância estatística para esta variável e sua relação com o conteúdo da questão sob análise.

Quanto às mulheres, com parceiros praticantes de uma religião, 32 (23,53%) concordaram e 23 (16,91%) concordaram totalmente com a questão. Nota-se que foi mais elevado o percentual de respostas semelhantes dentre as mulheres com parceiros sem prática religiosa (25% e 27,21%, respectivamente), embora sem significância estatística.

Esses dados mostram que somente a variável ocupação das mulheres possui relação significativa com a frequência de respostas para a questão 27 do Fator 9, tendo sido observada concordância pelas mulheres, quanto à proteção conferida pelo preservativo na prevenção da transmissão do HIV.

Tabela 28- Distribuição da frequência das respostas da amostra para a questão 35, em relação às variáveis sociodemográficas da mulher e seu parceiro, São Paulo - 2009/2010

Variáveis sociodemográficas	Mulher						Parceiro					
	DT	D	I	C	CT	Total	DT	D	I	C	CT	Total
Escolaridade (anos)			**p = 0,3844**						**p = 0,1920**			
1 – 4	19	16	1	5	4	45	9	12	-	2	3	26
	9,55	8,04	0,50	2,51	2,01	22,61	5,81	7,74	-	1,29	1,94	16,77
5 – 8	25	24	3	10	3	65	15	22	2	6	1	59
	12,56	12,06	1,51	5,03	1,51	32,66	9,68	14,19	1,29	3,87	0,65	38,06
9 – 11	27	28	1	3	1	60	28	26	2	3	-	59
	13,57	14,07	0,50	1,51	0,50	30,15	18,06	16,77	1,29	1,94	-	38,06
12 – 15	10	12	2	1	-	25	8	4	2	2	1	17
	5,03	6,03	1,01	0,50	-	12,56	5,16	2,58	1,29	1,29	0,65	10,97
16 e mais	3	-	-	1	-	4	5	2	-	-	-	7
	1,51	-	-	0,50	-	2,01	3,23	1,29	-	-	-	4,52
Total	84	80	7	20	8	199	65	66	6	13	5	155
	42,21	40,20	3,52	10,05	4,02	100,00	41,94	42,58	3,87	8,39	3,23	100,00
Ocupação			**p = 0,6284**						**p = 0,4782**			
Do lar	22	17	2	7	4	52	-	-	-	-	-	-
	10,95	8,46	1,00	3,48	1,99	25,87	-	-	-	-	-	-
Com trabalho	53	57	4	11	3	128	58	57	6	14	7	142
	26,37	28,36	1,99	5,47	1,49	63,68	35,58	34,97	3,68	8,59	4,29	87,12
Outros*	10	6	1	3	1	21	7	12	-	2	-	21
	4,98	2,99	0,50	1,49	0,50	10,45	4,29	7,36	-	1,23	-	12,88
Total	85	80	7	21	8	201	65	69	6	16	7	163
	42,29	39,80	3,48	10,45	3,98	100,00	39,88	42,33	3,68	9,82	4,29	100,00

*estudante, aposentado, licença médica

continua

Conclusão

Tabela 28 - Distribuição da frequência das respostas da amostra para a questão 35, em relação às variáveis sociodemográficas da mulher e seu parceiro, São Paulo - 2009/2010

Variáveis sociodemográficas	Mulher						Parceiro					
	DT	D	I	C	CT	Total	DT	D	I	C	CT	Total
Crença religiosa			**p = 0,1727**						**p = 0,3544**			
sim	76	71	6	20	8	181	56	56	5	13	6	136
	38,00	35,50	3,00	10,00	4,00	90,50	40,58	40,58	3,62	9,42	4,35	98,55
não	8	9	1	1	-	19	2	-	-	-	-	2
	4,00	4,50	0,50	0,50	-	9,50	1,45	-	-	-	-	1,45
Total	84	80	7	21	8	200	58	56	5	13	6	138
	42,00	40,00	3,50	10,50	4,00	100,00	42,03	40,58	3,62	9,42	4,35	100,00
Prática religiosa			**p = 0,1902**						**p = 0,8451**			
sim	51	39	5	14	3	112	25	23	2	7	2	59
	27,87	21,31	2,73	7,65	1,64	61,20	18,38	16,91	1,47	5,15	1,47	43,38
não	26	33	1	6	5	71	32	33	3	5	4	77
	14,21	18,03	0,55	3,28	2,73	38,80	23,53	24,26	2,21	3,68	2,94	56,62
Total	77	72	6	20	8	183	57	56	5	12	6	136
	42,08	39,34	3,28	10,93	4,37	100,00	41,91	41,18	3,68	8,82	4,41	100,00

A análise estatística mostrou que as respostas das mulheres entrevistadas para a afirmativa **"*O uso da camisinha nas relações sexuais incentiva a infidelidade da mulher*"**, não dependeram da situação sociodemográfica da mulher ou de seu parceiro, pois não houve significância estatística.

Cabe relembrar que a questão 35 foi a que trouxe maior contribuição na composição do Fator 10 - Fidelidade. Verifica-se na **Tabela 28**, que maior representatividade de respostas foi obtida para as opções discordo totalmente (84 – 42,21%) e discordo (80 – 40,20%), dentre as 199 respondentes.

Verifica-se, que o maior percentual de mulheres que optaram por essas duas alternativas estavam na faixa de escolaridade entre 9 e 11 anos, que corresponde ao ensino médio (27 – 13,57% e 28 – 14,07%, respectivamente). Nota-se, também, a expressiva representatividade de mulheres com reduzida escolaridade, mas que também optaram por essas alternativas (19 – 9,55% e 16 – 8,04%, respectivamente). Chama atenção, o fato de que 65 mulheres (32,66%) tinham entre 5 e 8 anos de escolaridade e, dentre elas, 10 (5,03%) concordaram com a questão em análise, enquanto 3 (1,51%) eram indiferentes ou concordavam totalmente.

Na mesma **Tabela**, verifica-se que 128 mulheres (63,68%) tinham vínculo empregatício e destas, 53 (26,37%) e 57 (28,36%) optaram pelas respostas esperadas, ou seja, *discordo totalmente* e *discordo*. Observa-se que as mulheres, independentes da ocupação, tenderam a discordar ou discordar totalmente em maior proporção quando se fez a relação com o uso do preservativo e o incentivo à infidelidade da mulher no relacionamento do casal.

A crença religiosa das mulheres e sua relação com a variável sob estudo também se mostrou não significante estatisticamente. Dentre as 181 mulheres (90,05%) com alguma crença religiosa, 76 (38%) discordaram totalmente da questão, e 71 (35,5%) discordaram da questão, respostas esperadas.

Na mesma **Tabela**, verifica-se que 112 mulheres (61,20%) tinham alguma prática religiosa, e destas, 51 (27,87%) discordaram totalmente e 39

(21,31%) apenas discordaram da questão. O somatório de mulheres que optaram por ambas alternativas (149 – 81,42%) realça a não relação que fazem entre preservativo e infidelidade feminina.

Os dados sobre o parceiro, observados na mesma **Tabela**, também não apresentaram significância estatística para as quatro variáveis sobre estudo. No entanto, verificou-se que mulheres com parceiros que estudaram entre 9 e 11 anos, discordaram totalmente da questão apresentada (28 - 18,06%), enquanto 26 (16,77%) apenas discordaram. Mulheres com parceiros com menor escolaridade, também, optaram por ambas alternativas em percentuais expressivos. Nota-se, ainda, que mulheres, cujos parceiros tinham escolaridade igual ou maior que 16 anos, consideraram as mesmas alternativas ao emitirem suas respostas sobre a questão 35.

Para a variável ocupação, verifica-se que as mulheres, cujo parceiro tinha vínculo empregatício (142 – 87,12%), mantiveram o mesmo padrão de respostas para a variável anterior, ou seja, predominância de respostas para *discordo totalmente* e *discordo*, embora suas respostas independam da ocupação dos parceiros.

Dentre mulheres com parceiros com crença religiosa, a maioria delas não concordou com a questão (56 – 40,58%) para ambas alternativas. Os dados mostraram, também, que as respostas sobre a relação entre preservativo e fidelidade da mulher não dependem da crença religiosa de seus companheiros.

Quando se analisam os dados da **Tabela 28**, nota-se que mulheres, cujo parceiro não apresenta prática religiosa, tiveram maior representatividade (77 – 56,62%) e apresentaram predomínio para respostas discordantes da afirmativa sob estudo (33 – 24,26%) e para discordância total (32 – 23,53%). Este resultado difere do observado na mesma **Tabela** quanto à prática religiosa da mulher, pois dentre elas foi menor a representatividade de não praticantes.

Portanto, os resultados apresentados na **Tabela** sob estudo mostram que não houve dependência entre as variáveis sociodemográficas da mulher e de seu parceiro com a frequência das respostas para a questão 35, e que

as mulheres entrevistadas não consideraram o preservativo um meio para incentivo à infidelidade feminina.

Tabela 29 - Distribuição das respostas da amostra para as questões relevantes e a situação sorológica ao HIV do parceiro, São Paulo – 2009/2010

Questões	Parceiro HIV positivo n = 53					Parceiro HIV negativo n = 86					Não conhece a sorologia n = 28					
	DT	D	I	C	CT	DT	D	I	C	CT	DT	D	I	C	CT	p
23	25	22	5	-	1	46	32	6	2	-	18	6	2	1	1	0,4790
	14,97	13,7	2,99	-	0,60	27,54	19,16	3,59	1,20	-	10,78	3,59	1,20	0,60	0,60	
27	-	4	1	31	17	1	2	2	36	45	-	-	-	12	16	0,1814
	-	2,40	0,60	18,56	10,18	0,60	1,20	1,20	21,56	26,95	-	-	-	7,19	9,58	
28	26	17	5	1	1	36	31	12	2	5	15	9	2	1	1	0,7214
	15,57	10,18	2,99	0,60	0,60	21,56	18,56	7,19	1,20	2,99	8,98	5,39	1,20	0,60	0,60	
35	21	25	1	4	2	40	32	4	8	2	8	12	1	4	3	0,4733
	12,57	14,97	0,60	2,40	1,20	23,95	19,16	2,40	4,79	1,20	4.79	7,19	0,60	2,40	1,80	
50	24	22	7	-	-	43	30	12	1	-	20	4	2	2	-	0,0366
	14,37	13,17	4,19	-	-	25,75	17,96	7,19	0,60	-	11,98	2,40	1,20	1,20	-	
61	23	24	6	-	-	32	47	7	-	-	17	8	2	1	-	0,0663
	13,77	14,37	3,59	-	-	19,16	28,14	4,19	-	-	10,18	4,79	1,20	0,60	-	
62	23	27	3	-	-	32	47	7	-	-	17	9	1	1	-	0,0841
	13,77	16,17	1,80	-	-	19,16	28,14	4,19	-	-	10,18	5,39	0,60	0,60	-	
80	9	23	2	-	5	14	30	2	24	16	6	4	2	14	2	0,1011
	5,39	13,77	1,20	-	2,99	8,38	17,96	1,20	14,37	9,58	3,59	2,40	1,20	8,38	1,20	
88	23	25	2	-	3	35	43	5	1	2	12	7	5	2	2	0,0403
	13,77	14,97	1,20	-	1,80	20,96	25,75	2,99	0,60	1,20	7,19	4,19	2,99	1,20	1,20	
90	10	26	12	1	4	17	34	22	11	2	4	7	14	2	1	0,0522
	5,99	15,57	7,19	0,60	2,40	10,18	20,36	13,17	6,59	1,20	2,40	4,19	8,38	1,20	0,60	
99	28	24	-	1	-	45	37	*3*	1	-	19	8	1	-	-	0,5904
	16,77	14,37	-	0,60	-	26,95	22,16	*1,80*	0,60	-	11,38	4,79	0,60	-	-	

Optou-se por agrupar as questões 23, 27, 28, 35, 61, 62, 80, 90 e 99 em uma única **Tabela** que as relacionasse à sorologia do parceiro da mulher e às alternativas escolhidas por elas.

Observa-se na **Tabela 29**, a questão 50 **"*Meu parceiro usa drogas antes da relação sexual, por isso não consegue usar a camisinha masculina*"**, que apresenta valor estatisticamente significativo. Nota-se que dentre as mulheres com parceiros soropositivos (53 – 31,74%) as respostas não apresentaram concordância com a questão em estudo, pois 24 (14,37%) discordaram totalmente e 22 (13,17%) apenas discordaram. Dados semelhantes para as mesmas alternativas podem ser vistos dentre as respostas das mulheres com parceiros negativos, porém com maiores percentuais (25,75% e 17,96% para *discordo totalmente* e *discordo*, respectivamente). Quanto as mulheres que desconhecem a situação sorológica dos parceiros, 20 (11,98%) discordaram totalmente da questão.

Em relação à questão 88 **"*Deus irá me curar, por isso eu e meu parceiro não usamos camisinha nas relações sexuais*"**, observa-se que esta também apresenta significância estatística. Do total de mulheres com parceiros soropositivos para o HIV, as respondentes optaram pela alternativa *discordo* (25 - 14,97%) e *discordo totalmente* (23 – 13,77%). Assim como na questão anterior, os percentuais foram superiores para as mesmas alternativas escolhidas pela mulher com parceiro soronegativo ao HIV (43- 25,75%) e 35 – 20,96%, respectivamente). Nota-se também, que as mulheres que não conheciam a sorologia de seus parceiros, em sua maioria (12 – 7,19%), mostraram-se discordantes totalmente da questão.

Os dados mostraram, portanto, que existe dependência das frequências das respostas das questões 50 e 88 com a soropositividade para o HIV do parceiro. As mulheres discordaram da afirmativa de que seus parceiros, sob efeitos de drogas, não conseguem fazer uso do preservativo masculino, e também que aguardar a cura proveniente de Deus interfira na adesão do preservativo nas relações sexuais.

Embora sem significância estatística, as questões 61 **"Uso espermicida durante a relação sexual, por isso não uso camisinha feminina"**, 62 **"Uso espermicida durante a relação sexual, por isso não**

uso camisinha masculina”, e 90 **“Quero usar camisinha feminina nas relações sexuais, mas meu parceiro não gosta”** apresentam uma tendência à associação com a soropositividade ao HIV do parceiro das mulheres da amostra (p = 0,0663, p = 0,0841 e p = 0,0522, respectivamente). As três questões apresentam semelhança na maior representatividade da alternativa de preferência (discordância pura). Apenas a questão 90 teve as respostas diluídas entre todas as alternativas das duas categorias.

Em relação as mulheres que desconhecem a situação sorológica de de seus parceiros, nota-se que a maioria (14 – 8,38%) mostraram-se indiferentes a questão.

Conclusão

Este estudo foi realizado com mulheres soropositivas para o HIV/com aids que realizavam acompanhamento interdisciplinar no SAE DST/AIDS no Butantã, em que a maioria (143 - 71,1%) adquiriu o vírus pela relação sexual e tinha em média dois filhos. Dentre o total de filhos dessas mulheres 8 foram infectados com o HIV pela transmissão vertical.

Quanto à situação de sorologia ao HIV, 53 (31,7%) parceiros eram soropositivos para o vírus, 86 (51,5%) eram soronegativos e 28 (16,8%) mulheres não conheciam a sorologia para o HIV de seus parceiros.

Neste estudo identificam-se 10 fatores de impacto que influenciam as ações das mulheres soropositivas para o HIV/com aids em relação à adesão ao preservativo. A análise das questões com maior carga fatorial e maior relevância para os fatores permite discriminá-los na seguinte ordem conforme seu impacto: *Relações de Gênero, Cultural, Comportamental, Cognitivo, Drogadição, Religioso-Sentimental, Intencional, Socioeconômico, Protetor, Fidelidade.*

Esses fatores possuem grau decrescente de importância na adesão ao preservativo, sendo o Fator Relações de Gênero considerado de maior impacto e o Fator Fidelidade, de menor impacto na escala dos fatores. Estes dados derrubam o pressuposto que o fator de ordem cultural seria o que mais influenciaria a mulher soropositiva na adesão ao preservativo.

Os dados permitem concluir que a variável ocupação das mulheres possui relação estatisticamente significativa com a afirmativa **"O uso da camisinha masculina nas relações sexuais protege o meu parceiro"**.

A escolaridade das mulheres é outra variável que tem significância estatística quando relacionada à afirmativa ***"Depois que me tornei HIV positivo passei a usar camisinha feminina em todas as relações sexuais"***, e à afirmativa ***"Meu parceiro compra a camisinha"***.

A variável prática religiosa do parceiro apresenta significância estatística quando confrontada com a afirmativa ***"Quero usar camisinha feminina nas relações sexuais, mas meu parceiro não gosta"***.

A condição sorológica para o HIV do parceiro apresenta significância estatística para a afirmativa ***"Meu parceiro usa drogas antes da relação sexual, por isso não consegue usar a camisinha masculina"***, e para a

afirmativa **“*Deus irá me curar, por isso eu e meu parceiro não usamos camisinha nas relações sexuais*”**.

Os dados do estudo mostram que nem todas as mulheres soropositivas para o HIV/com aids utilizam preservativos, principalmente o feminino, pois 131 (65,2%) nunca o usaram. Esta situação é preocupante, pois são mulheres que receberam as orientações da equipe interdisciplinar do serviço de saúde e têm conhecimento de seu diagnóstico e riscos.

Chama a atenção o fato de que apesar de receberem as orientações pela equipe multidisciplinar do serviço de saúde, as mulheres, ainda, mostram-se resistentes à adesão ao preservativo. Demonstrando reter informações sobre a importância de seu uso e benefícios para a sua saúde e de seu companheiro, mas não incorporam como um método que deveria ser utilizado em todas as relações sexuais, como um meio preventivo contra as DSTs/HIV/aids e para evitar uma gravidez indesejada.

Diante desses dados, percebe-se que os comportamentos de prevenção não são praticados, pelas mulheres, na maioria das situações, mesmo sabendo como se proteger (vulnerabilidade individual). As desigualdades de renda e gênero interferem na busca de informações e na tomada de decisão para a prevenção da aids (vulnerabilidade social). Papéis masculinos e femininos estabelecidos culturalmente também interferem nas decisões sobre prevenção do HIV/aids escolhidas pelos indivíduos (vulnerabilidade cultural) (Maia, Guilhem, Freitas, 2008).

Há que se destacar o instrumento construído para a coleta de dados para verificação de impacto de fatores sobre a adesão ao preservativo pela mulher HIV positivo. Sua construção, aplicação e análise estatística levaram à sua reformulação para 44 questões e 10 fatores de impacto.

Considerações finais

Em face dos resultados obtidos e dado ao impacto de maior relevância atender pelas relações de gênero, acredita-se que as orientações sobre preservativos precisam ser realizadas com o casal, priorizando as suas dúvidas e dificuldades. O apoio deverá ser contínuo, para fortalecer e incentivar a aderência ao preservativo pelo casal.

Nessa linha, a assistência à mulher soropositiva para o HIV/com aids ainda necessita ser melhorada em relação às orientações quanto à importância do uso do preservativo em todas as relações sexuais para reduzir o impacto comportamental. É necessário que todos os profissionais envolvidos com o atendimento a essas mulheres sejam treinados e preparados para poder orientá-las quanto ao uso do preservativo e possam oferecer-lhes apoio quando a mulher e seu parceiro decidirem usá-lo.

Julga-se necessária a apresentação do preservativo feminino para as mulheres, para que elas possam conhecê-lo e aprendam a usá-lo de modo a diminuir as barreiras para a aceitação deste novo método contraceptivo e de proteção de DST/aids. A apresentação também deverá ser feita para o parceiro, que também deverá ser apresentado ao preservativo masculino, com inclusão das mulheres nesta orientação, independentes de sua idade.

O Fator Socioeconômico poderá ser alterado se os gestores de saúde mantiverem a distribuição dos preservativos masculino e feminino nos serviços especializados e nas unidades básicas, mas que seja aumentada a distribuição do preservativo feminino nestes serviços de saúde para que as mulheres possam utilizá-lo nas relações sexuais cotidianas ou casuais. Acredita-se, também, que esta ação poderá diminuir as relações de gênero sobre a mulher na aderência ao preservativo.

O aconselhamento pré e pós-teste deve ser incentivado às mulheres, pois os dados mostraram que havia mulheres que não conheciam a sorologia de seus parceiros. O atendimento deste item poderia alterar o impacto encontrado para o Fator Protetor.

Outra ação que poderia alterar o impacto do Fator Socioeconômico relaciona-se às campanhas educativas, principalmente por meio da mídia eletrônica. Acredita-se que devam ser valorizadas e aperfeiçoadas para que

possam atingir qualquer estrato socioeconômico, principalmente aquelas pessoas que possuem menor acesso às informações.

Também acredita-se que melhorar as orientações para os jovens quanto à proteção e à transmissão do vírus, nas escolas, seria um meio de reduzir a propagação do vírus.

Controlar a epidemia mundialmente tem sido um grande desafio para os gestores de saúde e também para os profissionais que atendem a população soropositiva para o HIV. Amenizar o sofrimento das pessoas deve ser uma meta que precisa ser atingida e evitar o surgimento de novos casos é um dever que a sociedade deve conseguir realizar.

Melhorar a qualidade de vida das mulheres HIV positivas em relação à vida sexual, por meio do incentivo ao uso de preservativo, pode ser possível, desde que essas mulheres e seus parceiros incorporem mudanças em seu comportamento.

O instrumento de coleta de dados, resultante das análises efetuadas sobre o modelo original, tem coerência e consistência internas. Portanto, sugere-se novas aplicações para sua validação junto a outros segmentos da população feminina com HIV/aids.

Acredita-se, também, que os resultados desta pesquisa contribuam para a melhoria da assistência às mulheres soropositivas para o HIV e para a área da saúde da mulher, em que o enfermeiro é um profissional atuante.

Diante do exposto, considera-se necessária a realização de outras pesquisas sobre o tema para maior aprofundamento das ações das mulheres soropositivas para o HIV/com aids e uso de preservativos.

Referências

REFERÊNCIAS

Albarracin J, Albarracin D, Durantini. Effects of HIV-prevention interventions for samples with higher and lower percents of latinos and latin Americans: a meta-analysis of change in condom use and knowledge. AIDS behav. 2008;12:521-43.

Ali MM, Cleland J, Shah I. Condom use within marriage: a neglected intervention. Bulletin of the World Health Organization. 2004; 82(3): 180-86.

Almeida JM. Projeto transmissão vertical zero: expectativas e ações de pais soropositivos para o HIV à espera do diagnóstico do filho. [Tese]. São Paulo (SP): Escola de enfermagem, Universidade de São Paulo, 2008.

Alves RN, Kóvacs MJ, Stall R, Paiva V. Fatores psicossociais e a infecção por HIV em mulheres, Maringá, PR. Rev Saúde Pública. 2002; 36(4 Supl):32-9.

Azevedo AF, Guilhem D. A vulnerabilidade da gestante na situação conjugal de sorodiferença para o HIV/Aids. J Bras Doenças Sex Transm. 2005; 17(3):189-96.

Bakke HA, Leite ASM, Silva LB. Estatística Multivariada: aplicação da análise fatorial na engenharia de produção. Rev Gestão Industrial. 2008; 4(4):1-14.

Barbosa RM, Kalckmann S, Berquó E, Stein Z. Notes on the female condom: experiences in Brazil. International Journal of STD & AIDS. 2007; 18:261-66.

Benzaken AS, Garcia EG, Sardinha JCG, Pedrosa VL, Loblein O. Percepção de risco de DST e mudanças no comportamento sexual das trabalhadoras do sexo do município de Manacapuru, do interior do Amazonas, Brasil. J bras Doenças Sex Transm. 2003;15(2):9-14.

Berquó E, Barbosa RM, Lima LP. Uso do preservativo: tendências entre 1998 e 2005 na população brasileira. Rev Saúde Pública. 2008; 42 (Supl 1):34-44.

Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico AIDS/DST. Brasília; 2010a.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Metas e Compromissos assumidos pelos Estados-Membros na Sessão – Especial da Assembléia Geral das Nações Unidas sobre HIV-Aids - UNGASS HIV/Aids. Resposta Brasileira 2008-2009. Relatório de Progresso do País Brasil. Brasília: Ministério da saúde, 2010b.

Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico AIDS/DST. Brasília; 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006 : dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança/ Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. [citado em 25 nov. 2010] http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf

Brasil. Ministério da saúde. Pesquisa de conhecimentos, atitudes e práticas relacionadas às DST e aids da população brasileira de 15 a 64 anos de idade. Brasilia. Ministério da Saúde, 2008. [citado em 31/10/2010]. Disponível: www.aids.gov.br

Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico AIDS e DST. Brasília; 2007a.

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. Brasília. 2007b; Disponível em: www.aids.gov.br (31 out. 2008).

Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST E AIDS. Plano Estratégico - Programa Nacional de DST e Aids. Brasília. 2005.

Brasil. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Programa de Saúde. Coordenação Nacional de DST/aids. Unidade de prevenção. Políticas e Diretrizes de Prevenção das DST/AIDS entre mulheres. Brasília. 2002; Disponível em: www.aids.gov.br (10 jul. 2006)

Cardoso LRD, Malbergier A, Figueiredo TFB. O consumo de álcool como fator de risco para a transmissão das DST/HIV/Aids. Rev. Psiq. Clin. 2008;35(supl 1):70-75.

Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação (CEPIA). Trabalhando com mulheres e aids. Cartilha de orientação para multiplicadores. 2003. [citado em 03/11/2010]. Disponível em:
http://www.cepia.org.br/doc/aids_cartilha_miolo.pdf

Collazos MF, Echeverry N, Molina AP, Canaval GE, Valencia CP. Riesgo de VIH/SIDA em la mujer: no es cuestión de estrato socioeconômico. Colombo Med. 2005;36 (supl 1):50-7.

Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.196/96 de 10 de outubro 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética. 1996;4(2 supl):15-25.

Costa DAM, Zago MMF, Medeiros M. Experiência da adesão ao tratamento entre mulheres com Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Acta Paul Enferm. 2008;22(5):631-7.

Dawson B, Trapp R. Bioestatística básica e clínica. 3ª ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill/Interamericana do Brasil; 2003.

Freitas MRI, Gir E, Furegato ARF. Sexualidade do portador do vírus da imunodeficiência humana (HIV): um estudo com base na teoria da crise Rev Latino-am Enfermagem. 2002;10(1):70-6.

Gabriel R, Barbosa DA, Vianna LAC. Perfil epidemiológico dos clientes com HIV/Aids da unidade ambulatorial de hospital escola de grande porte – município de São Paulo. Rev Latino-am Enfermagem. 2005; 13(4): 509-13.

Geluda K, Bosi MLM, Cunha JLA, Trajman A. “Quando um não quer, dois não brigam”: um estudo sobre o não uso constante de preservativo masculino por adolescentes do município do Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2006;22(8):1671-1680.

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

Hair J, Anderson RE, Tathan RL, Black WC. Analise multivariada de dados. 6 ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2007.

Holmes KK, Levine R, Weaver M. Effectiveness of condom in preventing sexually transmitted infectons. Bulletin of the World Healyh Organization. 2004; 82(6): 454-61.

Honorato G. Conhecendo o Marketing. São Paulo: Manole; 2004.

Jimenez AL, Gotlieb SLD, Hardy E, Zaneveld LJD. Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis em mulheres: associação com variáveis sócio-econômicas e demográficas. Cad. Saúde Pública. 2001; 17(1):55-62.

Joint United Nations Program on HIV/AIDS (UNAIDS). Intensificando a prevenção ao HIV. Documentação referencial políticas de prevenção ao HIV/aids. 2005. Disponível em: www.aids.gov.br (5 dez. 2007)

Kalckmann S, Farias N, Cavalheiro JR. Avaliação da continuidade de uso do preservativo feminino em usuárias do sistema único de saúde em unidades da região metropolitana de São Paulo, Brasil. Rev Bras Epidemiol. 2009; 12(2):132-43.

Madureira VSF, Trentini M. Relações de poder na vida conjugal e prevenção da AIDS. Rev Bras Enferm. 2008; 61(5):637-42.

Maia C, Guilhem D, Freitas D. Vulnerabilidade ao HIV/Aids de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável. Rev Saúde Pública. 2008;42(2):242-8.

Malhotra NK. Pesquisa de marketing:uma orientação aplicada. 4ª ed. Editora Bookman Companhia Editora; 2004.

Meneghel SN, Barbiani R, Steffen H, Wunder AP, Rotermund J, Brito S, Korndorfer C. Impacto de grupos de mulheres em situação de vulnerabilidade de gênero. Cad. Saúde Pública. 2003;19(4):955-63.

Morales AU, Barreda PZ. Vulnerabilidad AL HIV em mujeres em riesgo social. Rev Saúde Pública. 2008;42(5):822-9.

Moriya TM, Gir E, Hayashida M. Escala de atitude frente à aids: uma análise psicométrica. Rev Latino-am Enfermagem. 1994; 2(2): 37-53.

Moura ADA, Oliveira RMS, Lima GG, Farias LM, Feitoza AR. O comportamento de prostitutas em tempos de aids e outras doenças sexualmente transmissíveis: como estão se prevenindo? Texto contexto – enferm. 2010;19(3):545-53.

Moura EL, Praça NS. Transmissão vertical do HIV: expectativas e ações da gestante soropositiva. Rev. Latino-am Enfermagem. 2006; 14(3):405-13.

Moura EL. Transmissão vertical do HIV: percepção e ações da gestante soropositiva para o HIV. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002.

Nadal SR. Os preservativos na prevenção das doenças sexualmente transmitidas. Rev. Bras Coloproct. 2003; 23(3):225-27.

Oliveira NS, Moura ERF, Guedes TG, Almeida PC. Conhecimento e promoção do uso do preservativo feminino por profissionais de unidades de referência para DST/HIV de Fortaleza-CE: o preservativo feminino precisa sair da vitrine. Saúde Soc. 2008; 17(1): 107-16.

Oliveira LA, França Junior I. Demandas reprodutivas e a assistência às pessoas vivendo com HIV/AIDS: limites e possibilidades no contexto dos serviços de saúde especializados. Cad. Saúde Pública. 2003;19(Sup.2):S315-23.

Oliveira RMR. Gênero, direitos humanos e impacto socioeconômico da aids no Brasil. Rev Saúde Pública. 2006; 40(Supl)80-7.

Paiva V, Lima TN, Santos N, Ventura-Filipe E, Segurado A. Sem direito de amar? A vontade entre homens (e mulheres), vivendo com o HIV. Rev Psicol. USP. 2002;13(2).

Pasquali I. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. Rev Psiquiatr Clín. 1998; 25(5):206-213.

Peat J, Barton B. Medical Statistics: a guide to data analysis and critical appraisal. Massachuserrs: Wiley, John & Sons; 2005.

Pereira JCR. Análise de dados qualitativos: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais. 3ª ed. 1. reimpr. São Paulo: EDUSP; 2004.

Pereira JC, Saes SG, Escuder MML. Definindo prioridades de gestão de ciência e tecnologia em saúde. Rev Saúde Pública. 1997; 31(6):624-31.

Pinto ACS, Pinheiro PNC, Vieira NFC, Alves MDS. Compreensão da pandemia da aids nos últimos 25 anos. J bras Doenças Sex Transm. 2007; 19(1): 45-50.

Praça NS, Gualda DMR. Compreendendo a mulher de "Aves Nativas". Enfermagem, cultura e o processo saúde-doença. São Paulo: Ícone; 2004. p.185-204.

Praça NS, Gualda DMR. Risco de infecção pelo HIV: como mulheres moradoras em uma favela se percebem na cadeia de transmissão do vírus. Rev. Latino-am Enfermagem. 2003;11(1): 14-20.

Praça NS, Latorre MRDO. Saúde sexual e reprodutiva com enfoque na transmissão do HIV: práticas de puérperas atendidas em maternidades filantrópicas do município de São Paulo. Rev Bras Saúde Matern Infant. [periódico online] 2003; 3(1). Disponível em: http//www.scielo.br/ (8 jul.2006)

Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA - ONUSIDA. O preservativo feminino e o SIDA. Ponto de vista da ONUSIDA (Coleção Boas Práticas da ONUSIDA: Ponto de Vista). Genebra: ONUSIDA,1998.

Rea LM, Parker RA. Metodologia de pesquisa: do planejamento à execução. São Paulo: Pioneira Thomson Learning; 2000.

Reis RK, Gir E. Dificuldades enfrentadas pelos parceiros sorodiscordantes ao HIV na manutenção do sexo seguro. Rev Latino-am. Enfermagem. 2005:13(1).

Richardson RJ. Pesquisa social: métodos e técnicas. 3ª ed. São Paulo: Atlas; 2008.

Rutherford GW. Condoms in contrated and generalised HIV epidemics. Lancet. 2008; 26:275-6.

Ruzany MH, Taquette SR, Oliveira RG, Meirelles ZV, Ricardo IB. A violência nas relações afetivas dificulta a prevenção de DST/AIDS. Jornal de Pediatria. 2003;79:(4)349-54.

Sant'anna ACC, Seidl EMF, Galinkin AL. Mulheres, soropositividade e escolhas reprodutivas. Rev Estudos de Psicologia Campinas. 2008; 25(1):101-9.

Santos NJS, Buchalla CM, Fillipe EV, Bugamelli L, Garcia S, Paiva V. Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. Rev Saúde Pública. 2002; 36(supl 4):12-23.

Santos NJS, Barbosa RM, Pinho AA, Villela WV, Aidar T, Filipe EMV. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. Cad. Saúde Pública 2009; 25(supl2):321-33.

São Paulo (Estado). Secretaria da Saúde, Coordenadoria de Controle de Doenças. Vigilância em saúde: 20 anos SUS-SP. São Paulo, IMESP, 2008. p.125-142.

São Paulo. DST/AIDS, SUS, Secretaria da Saúde, Ministério da Saúde,UNESCO. Guia para o controle de DST/HIV/AIDS no município de São Paulo. 2ª ed. 2005; disponível em: http://www10.prefeitura.sp.gov.br/dstaids/novo_site/images/fotos/guia2005.pdf (03 nov. 2008)

Schneider IJC, Ribeiro C, Breda D, Skalinski LM, D'Orsi E. Perfil epidemiológico dos usuários dos centros de testagens e aconselhamento do estado de Santa Catarina, Brasil, no ano de 2005. Cad. Saúde Pública. 2008;24(7):1675-88.

Schraiber LB, D'Oliveira AF, França Junior I. Violência sexual por parceiro íntimo entre homens e mulheres no Brasil urbano, 2005. Rev Saúde Pública. 2008;42(Supl 1):127-37.

Siegel S, Castallan Junior NJ. Estatística não-paramétrica para ciências do comportamento. 2ª ed. Porto Alegre; 2006.

Silva NEK, Alvarenga AT, Ayres JRCM. Aids e gravidez: os sentidos do risco e o desafio do cuidado. Rev Saúde Pública. 2006; 40(3)474-81.

Silveira MF, Santos I. Impacto de intervenções no uso de preservativos em portadores do HIV. Rev Saúde Pública. 2005;39(2):296-304.

Sousa MCP, Espírito Santo ACG, Motta SKA. Gênero, vulnerabilidade ao HIV/aids e ações de prevenção em bairro da periferia de Teresina, Piauí, Brasil. Saúde Soc. 2008; 17(2):58-68.

Teixeira JJV, Lefèvre F. Significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer. Ciênc. saúde coletiva. 2008; 13(4):1247-56.

Vargas D. A construção de uma escala de atitudes frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista: um estudo psicométrico. [Tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005.

Vasconcelos ALR, Hamann EM. Por que o Brasil ainda registra elevados coeficientes de transmissão vertical do HIV? Uma avaliação da qualidade da assistência prestada a gestantes/parturientes infectadas pelo HIV e seus recém-nascidos. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2005; 5(4):483-92.

Apêndices

APÊNDICE 1

FORMULÁRIO

Nº _____

Data:_____

Parte I

1 - Identificação:

- Qual a sua idade: _____

- Quantos anos estudou:_____

- A senhora trabalha? Sim ( ) Não ( ) O que faz?_____

- Qual a renda mensal de sua família:_____

- A senhora vive com marido/companheiro? Sim ( ) Não ( )

- Quem mais mora junto com a senhora?_____

- Qual é a sua religião?_____É praticante ( ) Não é praticante( )

- Número de filhos vivos: _____

-Números de parceiros no último ano:_____

- Como se infectou com o HIV: _____

- Há quanto tempo soube que tinha o HIV:_____

- Usa droga: Sim ( ) Qual? _____ Não ( )

- Já usou droga: Sim ( ) Qual?_____ Não ( )

- Há quanto tempo a senhora faz acompanhamento no serviço de saúde?_____

- Alguma vez recebeu orientações para usar a camisinha nas relações sexuais:
Sim ( ) Não ( )
Recebeu orientação sobre a camisinha masculina: Sim ( ) Não ( )
Onde foi orientada: _____

Recebeu orientação sobre a camisinha feminina? Sim ( ) Não ( )
Onde foi orientada:_____

- A senhora já usou camisinha masculina? Sim ( ) Não ( )

- A senhora já usou camisinha feminina? Sim ( ) Não ( )

- A senhora usava camisinha antes de receber as orientações no serviço e saúde quanto à importância do uso nas relações sexuais? Sim ( ) Não ( )

- Qual? Masculina ( ) Feminina ( )

2 – Dados do Parceiro Atual:

Não se aplica ( )

Qual a idade de seu parceiro? _____

Reside junto? Sim ( ) Não ( )

Ele trabalha? Sim ( ) Não ( ) O que ele faz?_____

Quantos anos ele estudou?_____

Qual é a religião dele? _____ É praticante ( ) Não é praticante ( )

Ele é infectado com o HIV? Sim ( ) Não ( ) Não sabe ( )

3 – Dados dos Filho(s):

Não se aplica ( )

Qual a idade de seu(s) filho(s):_____

Ele(s) é(são) infectado(s)? Sim ( ) Não ( )

Como se infectou(ram) com o HIV: _____

Ele(s) faz(em) tratamento médico? _____

Há quanto tempo? _____

Parte II

4 – *Para cada frase descrita no quadro abaixo, a senhora deverá escolher a resposta que considera mais verdadeira, de acordo com a seguinte classificação:*

Concordo Totalmente (CT)
Concordo (C)
Indiferente (I)
Discordo Totalmente (DT)
Discordo (D)

	CT	C	I	DT	D
1 – As orientações que me foram fornecidas no serviço de saúde para utilizar a camisinha feminina em todas as relações sexuais não servem para mim.					
2 - As orientações que me foram fornecidas no serviço de saúde para o meu parceiro utilizar a camisinha masculina em todas as relações sexuais não servem para mim.					
3 – Mudei meu comportamento sexual após as orientações que recebi no serviço de saúde.					
4 - Acredito nas orientações que me são fornecidas no serviço de saúde para a redução da transmissão do vírus HIV.					
5 - Fui orientada adequadamente pelos profissionais de saúde do uso da camisinha feminina nas relações sexuais.					
6 - Fui orientada adequadamente pelos profissionais de saúde do uso da camisinha masculina pelo meu parceiro nas relações sexuais.					
7 - Tenho dificuldade para entender as orientações que recebo no serviço de saúde para usar a camisinha feminina nas relações sexuais.					
8 - Tenho dificuldade para entender as orientações que recebo no serviço de saúde para o meu parceiro usar a camisinha masculina nas relações sexuais.					
9 - Apesar das orientações que recebi neste serviço de saúde, ainda não sei usar a camisinha feminina.					
10 – As orientações que recebi no serviço de saúde me mostraram como a pessoa pode “pegar” o vírus HIV pelas relações sexuais.					
11 – Uso camisinha feminina em todas as relações sexuais porque sou obrigada.					
12 – Nunca usei camisinha.					
13 – Uso camisinha feminina em todas as relações sexuais.					
14 - Meu parceiro usa camisinha masculina em todas as relações sexuais.					
15 - O uso da camisinha feminina altera meu desejo sexual.					
16 - O uso da camisinha masculina pelo meu parceiro altera meu desejo sexual.					
17 – O uso da camisinha feminina não mudou o meu relacionamento sexual com o meu parceiro.					

	CT	C	I	DT	D
18 - O uso da camisinha masculina pelo meu parceiro não mudou o meu relacionamento sexual com ele.					
19- De vez em quando uso camisinha feminina nas relações sexuais.					
20- Meu parceiro quer usar camisinha masculina nas relações sexuais, mas eu não quero.					
21 - Não uso camisinha feminina nas relações sexuais, porque tomo medicamentos antiretrovirais.					
22 - Meu parceiro não usa camisinha masculina nas relações sexuais porque eu tomo medicamentos antiretrovirais.					
23 – Não uso camisinha feminina nas relações sexuais, porque meu CD4 é alto e minha carga viral é baixa.					
24 - Meu parceiro não usa camisinha masculina nas relações sexuais, porque meu CD4 é alto e minha carga viral é baixa.					
25 – O uso da camisinha, masculina ou feminina, nas relações sexuais é necessário para evitar a transmissão do vírus HIV.					
26 – O uso da camisinha feminina nas relações sexuais protege o meu parceiro.					
27 - O uso da camisinha masculina nas relações sexuais protege o meu parceiro.					
28 - Depois que me tornei HIV positivo passei a usar camisinha feminina em todas as relações sexuais.					
29- Depois que me tornei HIV positivo, meu parceiro passou a usar camisinha masculina em todas as relações sexuais.					
30 – Eu uso a camisinha feminina nas relações sexuais somente quando estou menstruada.					
31– Meu parceiro usa a camisinha masculina nas relações sexuais somente quando estou menstruada.					
32 - A camisinha masculina diminui o prazer e prejudica a ereção do meu parceiro.					
33 - A camisinha feminina diminui o prazer e prejudica a ereção do meu parceiro.					
34 - Confio no meu parceiro, por isso não uso camisinha nas relações sexuais.					
35 - O uso da camisinha nas relações sexuais incentiva a infidelidade da mulher.					
36 - O uso da camisinha nas relações sexuais incentiva a infidelidade do homem.					
37 – Por ter feito laqueadura, não preciso usar camisinha nas relações sexuais.					
38 – Por ter feito histerectomia, não preciso usar camisinha nas relações sexuais.					
39 – Meu parceiro fez vasectomia, por isso não uso camisinha nas relações sexuais.					
40 – Estou sem os sintomas da aids, por isso não uso camisinha nas relações sexuais.					
41 – Uso camisinha feminina nas relações sexuais para não pegar outras doenças sexualmente transmissíveis.					
42 - Meu parceiro usa camisinha masculina nas relações sexuais para eu não pegar outras doenças sexualmente transmissíveis.					

	CT	C	I	DT	D
43 - Meu parceiro é soropositivo para o HIV, por isso não usamos camisinha.					
44- Os meus outros filhos são HIV negativos, por isso eu não preciso usar a camisinha feminina nas relações sexuais.					
45 - Faço uma boa higiene íntima com água e sabão após ter relação sexual, por isso não uso camisinha feminina.					
46 - Meu parceiro não usa camisinha masculina, por eu fazer uma boa higiene íntima com água e sabão após ter relação sexual.					
47 - Estou grávida, por isso não uso a camisinha feminina.					
48 - Estou grávida, por isso meu parceiro não usa a camisinha masculina.					
49 – Uso drogas antes da relação sexual, por isso não consigo usar a camisinha feminina.					
50 - Meu parceiro usa drogas antes da relação sexual, por isso não consegue usar a camisinha masculina.					
51 - Meu parceiro não usa a camisinha masculina porque "estoura" facilmente.					
52 - Não consigo usar camisinha feminina por causa do uso do álcool antes/durante a relação sexual.					
53 - Meu parceiro não consegue usar a camisinha masculina por causa do uso do álcool antes/durante a relação sexual.					
54 - Antes de saber que eu era HIV positivo nunca usei camisinha feminina**.**					
55 - Antes de saber que era HIV positivo, meu parceiro nunca usou camisinha masculina.					
56 - O tipo de material da camisinha masculina incomoda durante a relação sexual.					
57 - O tipo de material da camisinha feminina incomoda durante a relação sexual.					
58 - O formato da camisinha feminina incomoda durante a relação sexual.					
59 - Uso vaselina durante a relação sexual, por isso não uso camisinha feminina**.**					
60 - Uso vaselina durante a relação sexual, por isso meu parceiro não usa camisinha masculina.					
61 - Uso espermicida durante a relação sexual, por isso não uso camisinha feminina.					
62 - Uso espermicida durante a relação sexual, por isso meu parceiro não usa camisinha masculina.					
63- Não gosto de usar camisinha feminina.					
64 - Prefiro a camisinha masculina nas relações sexuais.					
65- Pretendo engravidar mesmo tendo o vírus HIV.					
66 - Uso camisinha nas relações sexuais, porque tenho medo de engravidar.					
67 - Meu parceiro usa camisinha masculina nas relações sexuais, porque nós temos medo de transmitir o vírus HIV para um filho**.**					
68 - Sinto-me bem usando camisinha feminina nas relações sexuais.					

	CT	C	I	DT	D
69 - A convivência com meu parceiro melhorou com as orientações para o uso da camisinha nas relações sexuais.					
70 - Tenho vergonha de usar a camisinha feminina nas relações sexuais.					
71 - Não gosto que meu parceiro use camisinha masculina nas relações sexuais.					
72 - Como quero ter filhos, não uso camisinha feminina.					
73 - Tenho medo de o meu parceiro ir embora se eu pedir para ele usar camisinha.					
74 - Tenho vergonha de comprar camisinha feminina, por isso não uso.					
75 - Minha qualidade de vida melhorou com as orientações do serviço de saúde sobre o uso da camisinha nas relações sexuais.					
76 - Tenho dificuldade de transporte para buscar a camisinha no serviço de saúde.					
77 - Uso camisinha feminina, porque é fornecida gratuitamente pelo serviço de saúde.					
78 - Meu parceiro usa a camisinha masculina, porque é fornecida gratuitamente pelo serviço de saúde.					
79 - Eu compro a camisinha.					
80 - Meu parceiro compra a camisinha.					
81- A camisinha é cara nas lojas e farmácias.					
82 - A camisinha feminina é cara, por isso eu não uso.					
83 - A camisinha feminina é facilmente encontrada nos serviços de saúde.					
84 - A camisinha masculina é facilmente encontrada nos serviços de saúde.					
85 - Minha religião é contra o uso da camisinha nas relações sexuais.					
86 - Deus não permite que eu e o meu parceiro usemos a camisinha nas relações sexuais.					
87 - Deus é quem decide se eu vou ter ou não filhos, por isso eu e meu parceiro não usamos camisinha nas relações sexuais.					
88 - Deus irá me curar, por isso eu e meu parceiro não usamos camisinha nas relações sexuais.					
89 - A minha fé em Deus não permitirá que eu transmita o vírus HIV.					
90 - Quero usar camisinha feminina nas relações sexuais, mas meu parceiro não gosta.					
91 - Meu parceiro não permite que eu pegue ou compre a camisinha feminina ou masculina.					
92 - Meu parceiro não sabe colocar a camisinha masculina durante a relação sexual.					
93 - Eu tenho dificuldade (medo) em pedir para o meu parceiro usar a camisinha masculina nas relações sexuais, porque ele é agressivo.					
94 - Meu parceiro não gosta de usar camisinha masculina em todas as relações sexuais.					

	CT	C	I	DT	D
95 - Meu parceiro quer ter filhos, por isso ele não usa camisinha masculina nas relações sexuais.					
96 - Meu parceiro não quer que eu use camisinha feminina nas relações sexuais, porque ele não gosta.					
97 - Meu parceiro não quer nem ouvir falar de usar camisinha.					
98 - Meu parceiro me agride quando eu insisto em usar camisinha feminina.					
99 - Meu parceiro me agride quando eu insisto para ele usar camisinha masculina.					
100- Não uso camisinha feminina nas relações sexuais para meu parceiro não perceber que eu desconfio dele.					
101 - Meu parceiro tem vergonha de usar camisinha masculina nas relações sexuais.					

APÊNDICE 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: Fatores de impacto que influenciam na adesão ao preservativo por mulheres soropositivas para o HIV/com aids

Pesquisadora: Edilene Lins de Moura, portadora do RG 18 326 398-4/SSP-SP, enfermeira e aluna de pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Avaliação de risco da pesquisa: sem risco.

Prezada Senhora

Eu, Edilene Lins de Moura, enfermeira e aluna de pós-graduação da Escola de Enfermagem da USP, estou realizando uma pesquisa: "Fatores de impacto que influenciam na adesão ao preservativo por mulheres soropositivas para o HIV/com aids**"**, que tem como objetivo compreender as ações e atitudes das mulheres, soropositivas para o HIV em relação ao uso da camisinha feminina e masculina, durante as relações sexuais. O estudo tem como finalidade contribuir na melhoria da assistência à mulher HIV positiva e, consequentemente, na redução da gravidez não planejada.

A senhora está sendo convidada a participar desta pesquisa, respondendo a um formulário que será preenchido pela pesquisadora, com questões acerca do uso da camisinha feminina e masculina.

Nossos encontros serão durante o dia de seu atendimento neste serviço de saúde, com duração de 30 minutos, para o preenchimento do formulário, respeitando a sua disponibilidade para participar deste estudo.

O estudo não tem nenhum vínculo com este serviço de saúde e a sua participação é de fundamental importância e de grande valor.

É garantido e respeitado o sigilo do seu nome na divulgação dos resultados da pesquisa e não haverá, de forma alguma, sua identificação.

A senhora poderá desistir de participar desta pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem qualquer prejuízo para seu tratamento e acompanhamento neste serviço de saúde.

Mesmo após ter começado a responder ao formulário, a senhora poderá desistir de respondê-lo, caso não se sinta confortável, pois não sofrerá qualquer prejuízo em relação ao atendimento neste serviço. A sua participação é voluntária.

Se a senhora tiver dúvidas ou perguntas referentes ao estudo ou em relação a garantia de seu atendimento neste serviço de saúde, entre em contato comigo pelo telefone 3091 9411 ou pelo *e-mail*: edileneldm@usp.br. Persistindo as dúvidas ou se houver reclamações sobre os aspectos éticos desta pesquisa, a senhora poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, pelo telefone 3397 2464 ou pelo *e-mail*: smscep@gmail.com

Muito obrigada pela sua colaboração.

Eu,_____, declaro que, após ter recebido os esclarecimentos pela pesquisadora e ter entendido o que me foi informado, concordo em participar da presente pesquisa.

Este documento contém duas vias, uma ficará em poder da pesquisadora e a outra ficará com a entrevistada.

São Paulo, _____ de _____ de 2009.

_____ _____

Assinatura da entrevistada Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE 3

CARTELA

CONCORDO TOTALMENTE (CT)

CONCORDO (C)

INDIFERENTE (I)

DISCORDO TOTALMENTE (DT)

DISCORDO (D)

APÊNDICE 4

ESCLARECIMENTOS PARA OS JUÍZES

Prezado(a) senhor(a),

Eu, Edilene Lins de Moura, enfermeira e aluna de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da USP, estou realizando um estudo intitulado “Impacto da recomendação do uso de preservativos para as mulheres soropositivas para o HIV”, buscando compreender as ações e atitudes das mulheres soropositivas para o HIV em relação ao uso do preservativo durante as relações sexuais**.**

Conforme contato anterior, este é o material sobre a escala de atitudes de mulheres soropositivas para o HIV sobre o uso de preservativo. Esta escala apresenta fatores relacionados às ações, crenças, sentimentos, relacionamentos, bem-estar, custos e dificuldades financeiras e questões de gênero que representam a dimensão do comportamento quanto ao uso de preservativo.

O instrumento será aplicado às mulheres soropositivas para o HIV em um serviço de assistência especializado no município de São Paulo, onde poderão manifestar suas atitudes sobre o uso de preservativo. O estudo tem como objetivo verificar o impacto das recomendações de uso de preservativos nas ações da mulher soropositiva ao HIV.

Solicito sua colaboração ao avaliar os itens da escala e julgue se as afirmativas estão adequadas para medir o que se espera estudar. Solicito também a análise e sugestões quanto à adequação do item considerando a dimensão das afirmações (se abrange o conteúdo a ser estudado), o grau de pertinência do item (se representa o conteúdo a ser estudado), o grau de relevância do item (se é importante e se está relacionado ao conteúdo a ser estudado) e

o grau de adequação da formulação (se o conteúdo do item está claro e é de fácil compreensão).

Sua avaliação é de suma importância, para que as questões possam ser excluídas ou reformuladas de modo a ser pertinentes ao objetivo do estudo, para tanto contamos com sua valiosa colaboração.

O(A) sr(a) poderá incluir novas questões desde que esteja relacionada aos temas apresentados. Sua identidade será mantida em sigilo.

Desde já, agradeço sua disponibilidade em compartilhar desta pesquisa. Coloco-me à disposição para eventuais esclarecimentos que se façam necessários.

Muito Obrigada.

Edilene Lins de Moura
(doutoranda em Enfermagem da EEUSP)
Telefone: 3091 9411
e-mail: edileneldm@usp.br

APÊNDICE 4

De acordo com o instrumento construído, distribuímos os itens em sete fatores que julgamos importantes para avaliação das ações de mulheres soropositivas para o HIV frente ao uso de preservativo após as recomendações do Serviço de Assistência Especializado. Estão definidos a seguir:

Fator 1: Institucional: envolve pensamentos e atitudes das mulheres frente às recomendações feitas pelos serviços de saúde sobre o uso do preservativo nas relações sexuais (Questões de 1 a 7).

Fator 2: *Cognitivo:* envolve ações ao uso do preservativo nas relações sexuais (Questões 8 a 13).

Fator 3: Cultural: envolve afirmações quanto às crenças e condutas frente ao uso do preservativo nas relações sexuais (Questões de 14 a 41).

Fator 4: Sentimental: envolve sentimentos das mulheres quanto ao uso do preservativo nas relações sexuais (Questões de 42 a 55).

Fator 5: Sócio-ecônomico: envolve o relacionamento das mulheres soropositivas, custos e dificuldades financeiras que podem influenciar o uso dos preservativos nas relações sexuais (Questões 56 e 63).

Fator 6: Religioso: envolve crenças e comportamentos religiosos quanto ao uso do preservativo (Questões de 64 a 68).

Fator 7: Relações de Gênero: envolve questões de gênero que podem pesar no uso dos preservativos (Questões de 69 a 78).

Favor analisar as questões assinalando um (X) seguindo os critérios de:

Adequação do conteúdo: se abrange o conteúdo a ser estudado.

***Grau de pertinência*:** se representa o conteúdo a ser estudado.

***Relevância*:** se é importante e se está relacionado com o conteúdo a ser estudado.

***Adequação da formulação*:** se o conteúdo do item está claro e de fácil compreensão.

Favor justificar quando não for favorável.

APÊNDICE 5

5 - Tenho dificuldade para entender as orientações que recebo no serviço de saúde para usar a camisinha nas relações sexuais.

5.1 – Adequação do conteúdo: adequado ( ) inadequado ( )
Se inadequado, justifique:

5.2 – Grau de Pertinência: muito pertinente ( ) pertinente ( ) não pertinente( )

5.3 – Relevância: muito relevante ( ) relevante ( ) irrelevante ( )
Se irrelevante, justifique:

5.4 - Adequação da Formulação: muito adequada ( ) adequada ( ) inadequada ( )
Se inadequada, justifique:

Sugestões para reformulação:

APÊNDICE 6

Tabela 1 – Distribuição das respostas dos juízes segundo adequação, pertinência e relevância das afirmativas de cada fator. São Paulo, 2009.

	Adequação				*Pertinência*				*Relevância*						*Branco*		*Total de questões por fator*	
Fator	*Sim*		*Não*		*Muito pertinente*		*Pertinente*		*Muito Relevante*		*Relevante*		*Irrelevante*					
	n	*%*	*n*	*%*	*n*	*%*	*n*	*%*	*n*	*%*	*n*	*%*	*n*	*%*	*n*	*%*	*n*	*%*
1	19	90,4	1	4,8	13	61,9	8	38,1	14	66,7	7	33,3	-	-	1	4,8	21	100
2	17	94,4	1	5,6	9	50,0	9	50,0	10	55,6	8	44,4	-	-	-	-	18	-
3	74	88,1	10	11,9	45	53,6	38	45,2	43	51,2	40	47,6	1	2	2	2,4	84	-
4	40	95,2	1	2,4	24	57,1	17	40,5	24	57,1	17	40,5	1	2	2	4,8	42	-
5	21	87,5	3	12,5	16	66,7	8	33,3	16	66,7	8	33,3	-	-	-	-	24	-
6	13	86,7	1	6,7	9	60,0	5	33,3	9	60,0	5	33,3	-	-	3	20,0	15	-
7	29	96,7	1	3,3	18	60,0	12	40,0	18	60,0	12	40,0	-	-	-	-	30	-
Total	213	91,0	18	7,7	134	57,3	97	41,4	134	57,3	97	41,4	2	0,9	8	3,4	234	100

APÊNDICE 6

Tabela 2 – Distribuição das respostas dos juízes segundo adequação da formulação das afirmativas de cada fator. São Paulo, 2009.

	Adequação da formulação								**Total**	
Fator	muito adequada		Adequada		inadequada		Branco			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	9	42,9	8	38,1	2	9,5	2	9,5	21	100
2	7	38,9	8	44,4	3	16,7	-	-	18	100
3	32	38,1	40	47,6	11	13,1	1	1,2	84	100
4	21	50,0	19	45,2	1	2,4	1	2,4	42	100
5	9	37,5	14	58,3	1	4,2	-	-	24	100
6	5	33,3	9	60,0	-	-	1	6,7	15	100
7	15	50,0	14	46,7	-	-	1	3,3	30	100
Total	98	41,9	112	47,9	18	7,7	6	2,6	234	

APÊNDICE 7

Distribuição dos fatores segundo a favorabilidade ou desfavorabilidade de seus itens.

Fator 1 – Institucional	
1 – As orientações que me foram fornecidas no serviço de saúde para utilizar a camisinha feminina em todas as relações sexuais não servem para mim.	**NEGATIVO**
2 - As orientações que me foram fornecidas no serviço de saúde para o meu parceiro utilizar a camisinha masculina em todas as relações sexuais não servem para mim.	**NEGATIVO**
3 – Mudei meu comportamento sexual após as orientações que recebi no serviço de saúde.	**POSITIVO**
4 - Acredito nas orientações que me são fornecidas no serviço de saúde para a redução da transmissão do vírus HIV.	**POSITIVO**
5 - Fui orientada adequadamente pelos profissionais de saúde do uso da camisinha feminina nas relações sexuais.	**POSITIVO**
6 - Fui orientada adequadamente pelos profissionais de saúde do uso da camisinha masculina pelo meu parceiro nas relações sexuais.	**POSITIVO**
7 - Tenho dificuldade para entender as orientações que recebo no serviço de saúde para usar a camisinha feminina nas relações sexuais.	**NEGATIVO**
8 - Tenho dificuldade para entender as orientações que recebo no serviço de saúde para o meu parceiro usar a camisinha masculina nas relações sexuais.	**NEGATIVO**
9 - Apesar das orientações que recebi neste serviço de saúde, ainda não sei usar a camisinha feminina.	**NEGATIVO**
10 – As orientações que recebi no serviço de saúde me mostraram como a pessoa pode “pegar” o vírus HIV pelas relações sexuais.	**POSITIVO**
Fator 2 – Comportamental	
11 – Uso camisinha feminina em todas as relações sexuais porque sou obrigada.	**NEGATIVO**
12 – Nunca usei camisinha.	**NEGATIVO**
13 – Uso camisinha feminina em todas as relações sexuais.	**POSITIVO**
14 - Meu parceiro usa camisinha masculina em todas as relações sexuais.	**POSITIVO**
15 - O uso da camisinha feminina altera meu desejo sexual.	**NEGATIVO**
16 - O uso da camisinha masculina pelo meu parceiro altera meu desejo sexual.	**NEGATIVO**
17 – O uso da camisinha feminina não mudou o meu 172 relacionamento sexual com o meu parceiro.	**POSITIVO**

18 - O uso da camisinha masculina pelo meu parceiro não mudou o meu relacionamento sexual com ele.	**POSITIVO**
19- De vez em quando uso camisinha feminina nas relações sexuais.	**NEGATIVO**
20- Meu parceiro quer usar camisinha masculina nas relações sexuais, mas eu não quero.	**NEGATIVO**
Fator 3 – Cognitivo	
21 - Não uso camisinha feminina nas relações sexuais porque tomo medicamentos antiretrovirais.	**NEGATIVO**
22 - Meu parceiro não usa camisinha masculina nas relações sexuais porque eu tomo medicamentos antiretrovirais.	**NEGATIVO**
23 – Não uso camisinha feminina nas relações sexuais porque meu CD4 é alto e minha carga viral é baixa.	**NEGATIVO**
24 - Meu parceiro não usa camisinha masculina nas relações sexuais porque meu CD4 é alto e minha carga viral é baixa.	**NEGATIVO**
25 – O uso da camisinha, masculina ou feminina, nas relações sexuais é necessário para evitar a transmissão do vírus HIV.	**POSITIVO**
26 – O uso da camisinha feminina nas relações sexuais protege o meu parceiro.	**POSITIVO**
27 - O uso da camisinha masculina nas relações sexuais protege o meu parceiro.	**POSITIVO**
28 - Depois que me tornei HIV positivo passei a usar camisinha feminina em todas as relações sexuais.	**POSITIVO**
29- Depois que me tornei HIV positivo, meu parceiro passou a usar camisinha masculina em todas as relações sexuais.	**POSITIVO**
30 – Eu uso a camisinha feminina nas relações sexuais somente quando estou menstruada.	**POSITIVO**
31– Meu parceiro usa a camisinha masculina nas relações sexuais somente quando estou menstruada.	**NEGATIVO**
Fator 4 – Cultural	
32 - A camisinha masculina diminui o prazer e prejudica a ereção do meu parceiro.	**NEGATIVO**
33 - A camisinha feminina diminui o prazer e prejudica a ereção do meu parceiro.	**NEGATIVO**
34 - Confio no meu parceiro, por isso não uso camisinha nas relações sexuais.	**NEGATIVO**
35 - O uso da camisinha nas relações sexuais incentiva a infidelidade da mulher.	**NEGATIVO**
36 - O uso da camisinha nas relações sexuais incentiva a infidelidade do homem.	**NEGATIVO**
37 – Por ter feito laqueadura não preciso usar camisinha nas relações sexuais.	**NEGATIVO**
38 – Por ter feito histerectomia não preciso usar camisinha nas relações sexuais.	**NEGATIVO**
39 – Meu parceiro fez vasectomia por isso não uso camisinha nas relações sexuais.	**NEGATIVO**
40 – Estou sem os sintomas da aids, por isso não uso camisinha nas relações sexuais.	**NEGATIVO**

41 – Uso camisinha feminina nas relações sexuais para não pegar outras doenças sexualmente transmissíveis.	**POSITIVO**
42 - Meu parceiro usa camisinha masculina nas relações sexuais para eu não pegar outras doenças sexualmente transmissíveis.	**POSITIVO**
43 - Meu parceiro é soropositivo para o HIV, por isso não usamos camisinha.	**NEGATIVO**
44- Os meus outros filhos são HIV negativos, por isso eu não preciso usar a camisinha feminina nas relações sexuais.	**NEGATIVO**
45 - Faço uma boa higiene íntima com água e sabão após ter relação sexual, por isso não uso camisinha feminina.	**NEGATIVO**
46 - Meu parceiro não usa camisinha masculina, por eu fazer uma boa higiene íntima com água e sabão após ter relação sexual.	**NEGATIVO**
47 - Estou grávida, por isso não uso a camisinha feminina.	**NEGATIVO**
48 - Estou grávida, por isso meu parceiro não usa a camisinha masculina.	**NEGATIVO**
49 – Uso drogas antes da relação sexual, por isso não consigo usar a camisinha feminina.	**NEGATIVO**
50 - Meu parceiro usa drogas antes da relação sexual, por isso não consegue usar a camisinha masculina.	**NEGATIVO**
51 - Meu parceiro não usa a camisinha masculina porque “estoura” facilmente.	**NEGATIVO**
52 - Não consigo usar camisinha feminina por causa do uso do álcool antes/durante a relação sexual.	**NEGATIVO**
53 - Meu parceiro não consegue usar a camisinha masculina por causa do uso do álcool antes/durante a relação sexual.	**NEGATIVO**
54 - Antes de saber que eu era HIV positivo nunca usei camisinha feminina**.**	**NEGATIVO**
55 - Antes de saber que era HIV positivo, meu parceiro nunca usou camisinha masculina.	**NEGATIVO**
56 - O tipo de material da camisinha masculina incomoda durante a relação sexual.	**NEGATIVO**
57 - O tipo de material da camisinha feminina incomoda durante a relação sexual.	**NEGATIVO**
58 - O formato da camisinha feminina incomoda durante a relação sexual.	**NEGATIVO**
59 - Uso vaselina durante a relação sexual, por isso não uso camisinha feminina**.**	**NEGATIVO**
60 - Uso vaselina durante a relação sexual, por isso meu parceiro não usa camisinha masculina.	**NEGATIVO**
61 - Uso espermicida durante a relação sexual, por isso não uso camisinha feminina.	**NEGATIVO**
62 - Uso espermicida durante a relação sexual, por isso meu parceiro não usa camisinha masculina.	**NEGATIVO**
Fator 5 - Sentimental	
63- Não gosto de usar camisinha feminina.	**NEGATIVO**
64 - Prefiro a camisinha masculina nas relações sexuais.	**POSITIVO**

65 - Pretendo engravidar mesmo tendo o vírus HIV.	**POSITIO**
66 - Uso camisinha nas relações sexuais porque tenho medo de engravidar.	**POSITIVO**
67 - Meu parceiro usa camisinha masculina nas relações sexuais porque nós temos medo de transmitir o vírus HIV para um filho**.**	**POSITIVO**
68 - Sinto-me bem usando camisinha feminina nas relações sexuais.	**POSITIVO**
69 - A convivência com meu parceiro melhorou com as orientações para o uso da camisinha nas relações sexuais.	**POSITIVO**
70 - Tenho vergonha de usar a camisinha feminina nas relações sexuais.	**NEGATIVO**
71 - Não gosto que meu parceiro use camisinha masculina nas relações sexuais.	**NEGATIVO**
72 - Como quero ter filhos não uso camisinha feminina.	**NEGATIVO**
73 - Tenho medo de o meu parceiro ir embora se eu pedir para ele usar camisinha.	**NEGATIVO**
74 - Tenho vergonha de comprar camisinha feminina, por isso não uso.	**NEGATIVO**
Fator 6 – Socioeconômico	
75 - Minha qualidade de vida melhorou com as orientações do serviço de saúde sobre o uso da camisinha nas relações sexuais.	**POSITIVO**
76 - Tenho dificuldade de transporte para buscar a camisinha no serviço de saúde.	**NEGATIVO**
77 - Uso camisinha feminina porque é fornecida gratuitamente pelo serviço de saúde.	**POSITIVO**
78 - Meu parceiro usa a camisinha masculina porque é fornecida gratuitamente pelo serviço de saúde.	**POSITIVO**
79 - Eu compro a camisinha.	**POSITIVO**
80 - Meu parceiro compra a camisinha.	**POSITIVO**
81- A camisinha é cara nas lojas e farmácias.	**NEGATIVO**
82 - A camisinha feminina é cara, por isso eu não uso.	**NEGATIVO**
83 - A camisinha feminina é facilmente encontrada nos serviços de saúde.	**POSITIVO**
84 - A camisinha masculina é facilmente encontrada nos serviços de saúde.	**POSITIVO**
Fator 7 – Religioso	
85 - Minha religião é contra o uso da camisinha nas relações sexuais.	**NEGATIVO**
86 - Deus não permite que eu e o meu parceiro usemos a camisinha nas relações sexuais.	**NEGATIVO**
87 - Deus é quem decide se eu vou ter ou não filhos, por isso eu e meu parceiro não usamos camisinha nas relações sexuais.	**NEGATIVO**
88 - Deus irá me curar, por isso eu e meu parceiro não usamos camisinha nas relações sexuais.	**NEGATIVO**

89 - A minha fé em Deus não permitirá que eu transmita o vírus HIV.	**NEGATIVO**
Fator 8 – Relações de Gênero	
90 - Quero usar camisinha feminina nas relações sexuais, mas meu parceiro não gosta.	**NEGATIVO**
91 - Meu parceiro não permite que eu pegue ou compre a camisinha feminina ou masculina.	**NEGATIVO**
92 - Meu parceiro não sabe colocar a camisinha masculina durante a relação sexual.	**NEGATIVO**
93 - Eu tenho dificuldade (medo) em pedir para o meu parceiro usar a camisinha masculina nas relações sexuais porque ele é agressivo.	**NEGATIVO**
94 - Meu parceiro não gosta de usar camisinha masculina em todas as relações sexuais.	**NEGATIVO**
95 - Meu parceiro quer ter filhos, por isso ele não usa camisinha masculina nas relações sexuais.	**NEGATIVO**
96 - Meu parceiro não quer que eu use camisinha feminina nas relações sexuais porque ele não gosta.	**NEGATIVO**
97 - Meu parceiro não quer nem ouvir falar de usar camisinha.	**NEGATIVO**
98 - Meu parceiro me agride quando eu insisto em usar camisinha feminina.	**NEGATIVO**
99 - Meu parceiro me agride quando eu insisto para ele usar camisinha masculina.	**NEGATIVO**
100- Não uso camisinha feminina nas relações sexuais para meu parceiro não perceber que eu desconfio dele.	**NEGATIVO**
101 - Meu parceiro tem vergonha de usar camisinha masculina nas relações sexuais.	**NEGATIVO**

APÊNDICE 8

Distribuição dos 10 Fatores e as 44 afirmativas relacionadas as ações das mulheres soropositivas para o HIV/ com aids quanto à adesão ao uso do preservativo

FATOR 1 – RELAÇÕES DE GÊNERO	CT	C	I	DT	D
1 - Meu parceiro não permite que eu pegue ou compre a camisinha feminina ou masculina.					
2 - Meu parceiro não sabe colocar a camisinha masculina durante a relação sexual.					
3 - Eu tenho dificuldade (medo) em pedir para o meu parceiro usar a camisinha masculina nas relações sexuais porque ele é agressivo.					
4 - Meu parceiro quer ter filhos, por isso ele não usa camisinha masculina nas relações sexuais.					
5 - Meu parceiro não quer nem ouvir falar de usar camisinha.					
6 - Meu parceiro me agride quando eu insisto em usar camisinha feminina.					
7 - Meu parceiro me agride quando eu insisto para ele usar camisinha masculina.					
8 - Não uso camisinha feminina nas relações sexuais para meu parceiro não perceber que eu desconfio dele.					
9 - Meu parceiro tem vergonha de usar camisinha nas relações sexuais.					
FATOR 2 – CULTURAL					
10 – Meu parceiro usa a camisinha masculina nas relações sexuais somente quando estou menstruada.					
11 – Uso vaselina durante a relação sexual, por isso não uso camisinha feminina**.**					
12 – Uso vaselina durante a relação sexual, por isso meu parceiro não usa camisinha masculina.					
13 – Uso espermicida durante a relação sexual, por isso não uso camisinha feminina.					
14 – Uso espermicida durante a relação sexual, por isso meu parceiro não usa camisinha masculina.					
15 – Como quero ter filhos, não uso camisinha feminina.					
FATOR 3 - COMPORTAMENTAL					
16 – Uso camisinha feminina em todas as relações sexuais porque sou obrigada.					
17 – Uso camisinha feminina em todas as relações sexuais.					

	CT	C	I	DT	D
18- De vez em quando uso camisinha feminina nas relações sexuais.					
19 - Depois que me tornei HIV positivo passei a usar camisinha feminina em todas as relações sexuais.					
20 – Uso camisinha feminina nas relações sexuais para não pegar outras doenças sexualmente transmissíveis.					
21 - Prefiro a camisinha masculina nas relações sexuais.					
22 - Uso camisinha feminina porque é fornecida gratuitamente pelo serviço de saúde.					
FATOR 4 – COGNITIVO					
23 – Não uso camisinha feminina nas relações sexuais, porque meu CD4 é alto e minha carga viral é baixa.					
24 - Meu parceiro não usa camisinha masculina nas relações sexuais porque meu CD4 é alto e minha carga viral é baixa.					
25– Meu parceiro usa a camisinha masculina nas relações sexuais somente quando estou menstruada.					
26 - Confio no meu parceiro, por isso não uso camisinha nas relações sexuais.					
FATOR 5 – DROGADIÇÃO					
27 – Uso drogas antes da relação sexual, por isso não consigo usar a camisinha feminina.					
28 - Meu parceiro usa drogas antes da relação sexual, por isso não consegue usar a camisinha masculina.					
29 - Não consigo usar camisinha feminina por causa do uso do álcool antes/durante a relação sexual.					
30 - Meu parceiro não consegue usar a camisinha masculina por causa do uso do álcool antes/durante a relação sexual.					
FATOR 6 – RELIGIOSO SENTIMENTAL					
31 – Tenho medo de o meu parceiro ir embora se eu pedir para ele usar camisinha.					
32 – Deus não permite que eu e o meu parceiro usemos a camisinha nas relações sexuais.					
33 – Deus irá me curar, por isso eu e meu parceiro não usamos camisinha nas relações sexuais.					
FATOR 7 – INTENCIONAL					
34 - Não consigo usar camisinha feminina por causa do uso do álcool antes/durante a relação sexual.					
35 - Meu parceiro não consegue usar a camisinha masculina por causa do uso do álcool antes/durante a relação sexual.					
36 - Quero usar camisinha feminina nas relações sexuais, mas meu parceiro não gosta.					
37 - Meu parceiro não quer que eu use camisinha feminina nas relações sexuais, porque ele não gosta.					

	CT	C	I	DT	D
FATOR 8 – SOCIOECONÔMICO					
38– Eu compro a camisinha.					
39 – Meu parceiro compra a camisinha.					
FATOR 9 – PROTETOR					
40 - Acredito nas orientações que me são fornecidas no serviço de saúde para a redução da transmissão do vírus HIV.					
41 – O uso da camisinha feminina nas relações sexuais protege o meu parceiro.					
42 - O uso da camisinha masculina nas relações sexuais protege o meu parceiro.					
FATOR 10 - FIDELIDADE					
43 - O uso da camisinha nas relações sexuais incentiva a infidelidade da mulher.					
44 - O uso da camisinha nas relações sexuais incentiva a infidelidade do homem.					

Anexo

Anexo 1

Secretaria Municipal da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

São Paulo, 24 de julho de 2009.
PARECER Nº 260/09 - CEP/SMS
CAAE: 0115.0.162.162-09

Para
Edilene Lins Moura
Sr(a) Pesquisadora

I. *Identificação*

Título: "Impacto da Recomendação do uso de preservativos para mulheres soropositivas para HIV Pesquisadora responsável: Edilene Lins Moura (doutoranda); Neide Sousa Praça (orientadora).
Tipo de Projeto: Doutorado - Pós Graduação da Escola de Enfermagem, USP.
Local da pesquisa: Serviço de Assistência Especializada em DST/Aids, Butantã (SMSA).

II. *Objetivos*

Geral: *"Verificar o impacto das recomendações de uso de preservativos nas ações da mulher soropositiva ao HIV."*

Específicos:

- *Validar o conteúdo da escala de atitude.*
- *Identificar fatores de impacto relacionado ao uso de preservativos ...*

III. *Resumo.*

A pesquisadora faz uma Introdução na qual aponta o aumento da disseminação do HIV entre mulheres; aponta também que "sua prevenção ainda é complexa" pois "mesmo com as recomendações fornecidas pelos Serviços ,de Atendimento Especializado (SAE) e por meio das orientações do Programa Nacional de D5T/AIOS, não foi possível atingir um resultado satisfatório". Mostra dados epidemiológicos (até junho de 2007, cerca de 111.934 mulheres infectadas por seus parceiros") afirmando que dos 124.561 casos de AIOS entre mulheres de 13 anos ou mais, 89,9% "ocorreram por transmissão heterossexual". Aponta ainda outros dados relativos ao período que medeia entre 1980 e 2007, e que a razão de sexo em 2005 foi de 1,5:1 (15 homens para 1O mulheres).

Considera que um dos problemas críticos da epidemia no que concerne à transmissão (para as mulheres por seus parceiros) está na negociação do sexo seguro, sendo o uso de preservativos o elemento chave das estratégias de prevenção. Apresenta dados e literatura a respeito.

Destaca igualmente os problemas relacionados à proteção, à maternidade (falta de acesso a

serviços, à educação, "à cultura e à religião" (sic) que interferem na adoção de praticas sexuais preventivas; acrescenta, como fatores adicionais, nesse quadro a 'falta de empregos e ocupação nas posições mais precárias e setores informais da economia, a violência doméstica e sexual"). Indica literatura. Aponta que "segundo Rutherford (20C8) os preservativos para alguns casais são vistos unicamente como contraceptivos e não são usados quando se deseja a gravidez" (não seria óbvio?), aponta outros fatores para o não uso. Aponta também no aconselhamento para planejamento famíliar das mulheres com HIV, a falta de orientação adequada por profissionais de saúde, pois, mesmo sendo um serviço de boa qualidade tais profissionais têm dificuldade de lidar com o tema.

Introduz a idéia de que "os homens devem ser encorajados a desempenhar papel de maior responsabilidade na prevenção ao HIV".

Destaca (citando literatura) também a ineficiência de algumas campanhas de esclarecimento.

Conclui que a "adesão ao sexo seguro necessita aconselhamento adequado e apoio ao casal" e que "uma gravidez planejada pode diminuir o risco da transmissão vertical". Cita varias pesquisas, alem da sua própria pesquisa de mestrado e seu interesse de continuar o trabalho no doutorado. Finalmente, introduz a questão do preservativo feminino (que considera um dos mais seguros) cujo uso esbarra no conhecimento inadequado de médicos e enfermeiros que atuam nas unidades de referência (e que não estimulam/informam para o uso; justifica a afirmação).

Aponta que o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e outras DSTs representa consolidação da política intersetorial para redução dessas doenças, fortalece direitos das mulheres e atua no campo da promoção e prevenção.

Quanto ao método: *Estudo quantitativo, exploratório com "análise estatística de dados qualitativos".*

População: mulheres soropositivas e/ou com AIOS atendidas no serviço acima referido.

Amostra: Definida estatisticamente (a partir da população de 500 mulheres soropositivas ali atendidas).

Critérios de inclusão: ser soropositiva; idade igualou superior a 18 anos; receber acompanhamento mul-

disciptnar há pelo menos 6 meses; ter recebido orientação para o uso de preservativo (feminino ou masculino}; ter vida sexual ativa há pelo menos 30 dias; ser alfabetizada; aceitar participar.

Procedimentos: os critérios de inclusão serão buscados diretamente nos prontuários. A apresentação do estudo será feita em lugar privativo (antes ou depois do atendimento); Diante da aceitação, garante-se os direitos da participante.

Coleta: Entrevista (precedida da entrega do TCLE).

O preenchimento será feito pela pesquisadora em local privativo definido pela equipe do SAE.

Instrumento: Formulário (contendo 2 partes: caracterização sócio-demográfica; Situação de impacto através de Escala de Likert e segundo princípios de escala psicológica (pasquali). São 78 questães distribuídas segundo 7 fatores julgados pela pesquisadora, como importantes para avaliação do comportamento das mulheres em questão, frente ao uso de preservativo e após orientação do SAE.

Os fatores: Institucional; Cognitivo; Cultural; Sentimental; Sócio-Econômico; Religioso; Relações de Gênero (v. detalhes pág 16).

A cada questão a mulher deverá escolher 1 entre 5 altemativas (discordo totalmente; discordo; indiferente; concordo; concordo totalmente).

Antes da entrevista cada mulher recebe uma cartela contendo aquelas escolhas.

Tratamento dos dados: Dados lançados no SPSS (statístical package for the Social Sciences). A pesquisadora explica a escala de Likert; apresenta bibliografia a respeito. (p.17 a 20).

A pesquisadora também propõe validar o construto (p.20 e 21) por meio de "3 juizes", professores universitários experientes na metodologia e em análise de conteúdo.

Questões Éticas: Aponta o encaminhamento para obediência dos princípio éticos (21/22).

IV- Avaliação:

Pesquisa complexa, bem estruturada e bem argumentada. Apresenta cronograma, bibliografia adequada, orçamento detalhado de mais de R$14.000,00 (avisa que "será solicitado apoio financeiro para órgãos de fomento" e caso não seja aprovado, os gastos correrão por conta da própria pesquisadora).

Folha de rosto adequadamente preenchida, termo de compromisso assinado; anexa formulários (apêndice 1 e 2) e TCLE (que seria o apêndice 3; v. pg 36); anexa solicitação para realização da pesquisa no órgão referido, dirigido ao CEP/SMS.

Não tem parecer de outro CEP.

Pesquisa não envolve riscos perceptíveis e poderá trazer boa contribuição para as articipantes.

TCLE: adequado.

III- ***Parecer do CEP: Projeto APROVADO***

Antes do inicio da coleta de dados, alertamos para a necessidade de contato com o gerente da unidade quando não foi ele quem autorizou a realização da pesquisa.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

Jose Araújo Lima Filho
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS