

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

CAMILA RODRIGUES NOVAES

**SIGNIFICADOS DE “EXPOSIÇÃO AO HIV/AIDS” ATRIBUÍDOS POR
MULHERES QUE PROFESSAM A RELIGIÃO CRISTÃ PROTESTANTE**

SÃO PAULO

2019

CAMILA RODRIGUES NOVAES

**SIGNIFICADOS DE “EXPOSIÇÃO AO HIV/AIDS” ATRIBUÍDOS POR
MULHERES QUE FREQUENTAM A RELIGIÃO CRISTÃ PROTESTANTE**

Relatório de Pesquisa apresentado ao Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, a ser utilizado como Trabalho de Conclusão de Curso.

Área de concentração: Enfermagem em Atenção Especializada – Saúde da Mulher.

Orientadora: Prof^a Dr^a Carla Marins Silva

São Paulo

2019

AGRADECIMENTOS

Agradeço a meus pais, que mesmo com as dificuldades que enfrentaram na vida conseguiram me dar uma educação de qualidade e que sempre acreditaram no meu potencial. Ao meu noivo e melhor amigo, que mesmo desde o início me incentivou a alcançar o meu melhor, que me apoiou em todas as decisões que precisei tomar e que esteve ao meu lado em todos os momentos difíceis e felizes da graduação e que, sem ele ao meu lado não teria chegado até aqui. A minha avó, uma mulher que me inspira todos os dias, que eu tenho como exemplo de força, humildade, empatia e de amor. Aos meus amigos Glauber, Luana e Victor que tornaram os dias mais leves e mais felizes, que eu admiro pela força e evolução que tiverem no decorrer dos anos e que serão ótimos profissionais. A minha sogra e ao meu sogro por estarem ao meu lado sempre e que me incentivavam a ser uma pessoa melhor. A Marta que me ajuda sempre com conselhos sobre a vida, que fez a revisão deste trabalho e luta como uma guerreira pela vida. A minha orientadora que em nenhum momento hesitou em compartilhar seus conhecimentos comigo para que a elaboração deste trabalho fosse possível e que, com o decorrer dos anos se tornou uma amiga e recentemente, com a chegada do Pedrinho, um exemplo de mãe.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A epidemia de aids se apresenta de maneira dinâmica e multifatorial, e sua prevalência se dá além das questões biológicas ou características virais. A exposição de mulheres ao HIV/AIDS inclui questões comportamento sexual, condições de vida, suas crenças, etnia, questões de gênero, idade entre outros. Trata-se de uma Infecção sexualmente transmissível que ainda traz em sua história uma série de estereótipos marcados por julgamentos morais. No âmbito do pertencimento a uma religião, com suas doutrinas e seus dogmas, principalmente nos casos das mais conservadoras, as questões ligadas à sexualidade são frequentemente vinculadas ao matrimônio e à reprodução humana. Assim, faz-se necessário a compreensão do fenômeno da exposição ao HIV e religião, com enfoque nas questões de vulnerabilidade individual. O objetivo foi: Identificar os significados atribuídos por mulheres que professam a religião protestante à exposição ao HIV/AIDS.

METODOLOGIA: Pesquisa descritiva, qualitativa, realizada em locais públicos com grande circulação de pessoas na cidade de São Paulo. Foram realizadas 9 entrevistas com mulheres que professam religiões protestantes, de idades entre 18 e 59 anos. Foram excluídas mulheres que já tivessem o diagnóstico de HIV/AIDS. Após a saturação teórica dos dados as entrevistas foram transcritas para análise de conteúdo temática.

RESULTADOS: As entrevistadas significam exposição ao HIV/AIDS com certo distanciamento e um olhar voltado para as outras pessoas. Foram construídas 3 categorias: “Significando exposição ao HIV/ AIDS de forma científica”; “Significando exposição ao HIV/ AIDS com olhar conservador dos ensinamentos religiosos”; “Significando exposição ao HIV/ AIDS como condenação para o outro”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Conclui-se que essas mulheres demonstram consciência crítica para os outros sobre a exposição ao HIV/AIDS, mas não mostram sensibilização para elas próprias. Esta reflexão, apesar de ainda incipiente, apresentou uma nova perspectiva, e traz concepções acerca da compreensão em relação à exposição ao HIV/AIDS de mulheres que professam religiões protestantes.

PALAVRAS – CHAVE: Religiões; Saúde da Mulher; HIV/AIDS.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The AIDS epidemic is dynamic and multifactorial, and its prevalence is beyond biological questions or viral characteristics. Women's exposure to HIV / AIDS includes sexual behavior, living conditions, beliefs, ethnicity, gender, age, and other issues. It is a sexually transmitted infection that still has in its history a series of stereotypes marked by moral judgments. In the context of belonging to a religion, with its doctrines and dogmas, especially in the most conservative cases, issues related to sexuality are often linked to marriage and human reproduction. Thus, it is necessary to understand the phenomenon of exposure to HIV and religion, focusing on issues of individual vulnerability. The objective was: To identify the meanings attributed by women who profess the Protestant religion to exposure to HIV / AIDS.

METHODOLOGY: Descriptive, qualitative research conducted in public places with large circulation of people in the city of São Paulo. Nine interviews were conducted with women professing Protestant religions, ages 18 to 59. Women who were already diagnosed with HIV / AIDS were excluded. After theoretical data saturation, the interviews were transcribed for thematic content analysis. **RESULTS:** The interviewees mean exposure to HIV / AIDS with some distance and a look towards other people. Three categories were constructed: "Scientifically meaningful exposure to HIV / AIDS"; "Meaning exposure to HIV / AIDS with a conservative look at religious teachings"; "Meaning exposure to HIV / AIDS as a condemnation for each other."

FINAL CONSIDERATIONS: It is concluded that these women demonstrate critical awareness to others about exposure to HIV / AIDS but do not show awareness of themselves. This reflection, although still incipient, presented a new perspective, and brings conceptions about the comprehension regarding exposure to HIV / AIDS of women who profess Protestant

KEYWORDS: Religions; women's health; HIV/AIDS.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Quadro Perfil das entrevistas realizadas com mulheres evangélicas, representadas pela sigla EE.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	08
2. CONTRIBUIÇÕES	10
3. OBJETIVO	11
4. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	11
5. METODOLOGIA	20
6. RESULTADOS	22
6.1. Características das Participantes	22
6.2. Categoria 1: Significando a exposição ao HIV/AIDS de forma científica	23
6.3. Categoria 2: Significando a exposição ao HIV/AIDS com o olhar conservador dos ensinamentos religiosos	24
6.4. Categoria 3: Significando a exposição ao HIV/AIDS como condenação para o outro	26
7. DISCUSSÃO	26
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
9. REFERÊNCIAS	29
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	34
APÊNDICE B – TERMO DE CONCENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	35
APÊNDICE C – QUADRO 1: QUADRO SÍNTESE DAS UNIDADES DE REGISTRO E UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO NA ANÁLISE DE CONTEÚDO.	36
APÊNDICE D – QUADRO 2: QUADRO CONSTRUÇÃO DE CATEGORIAS NA ANÁLISE DE CONTEÚDO.	40

1. INTRODUÇÃO

Trata-se de um trabalho de conclusão de curso cujo objeto é estudar os significados de “exposição ao HIV/AIDS” atribuídas por mulheres que frequentam a religião cristã protestante.

A escolha desta temática foi baseada em experiências em campo de estágio onde estudei o caso de uma mulher diagnosticada com AIDS há alguns anos e que, mesmo depois de tanto tempo, ainda se questionava em relação ao motivo de ter adquirido a doença. Em sua concepção, não havia feito nada de errado e, portanto, não seria merecedora de tal mal. Este caso específico me chamou atenção pelo fato de se tratar de uma mulher financeiramente independente, bem sucedida e, que se considerava distante da possibilidade de exposição ao HIV/AIDS.

Outro ponto que considerei foi o fato de sua religiosidade que, aliado a outros aspectos de sua vida, a fizeram criar uma perspectiva ruim sobre a doença e a ter uma visão negativa em relação ao que aconteceria em seu futuro.

Mais uma influência importante para a escolha da temática é a minha participação na Liga de Enfermagem em Saúde da Mulher, da qual também sou cofundadora. A Liga tem como objetivo abordar aspectos específicos da saúde da mulher que não são comumente discutidos de forma mais abrangente e que fogem dos padrões considerados como normativos pela sociedade. Refiro-me à saúde das mulheres negras, transexuais, indígenas e etc, sem deixar de lado o campo da obstetrícia. Assim o HIV/AIDS é um dos assuntos complexos que devem ser abordados.

O HIV (Human Immunodeficiency Virus) é o vírus da imunodeficiência humana causador da AIDS, que ataca todo o sistema imunológico. As células mais atingidas são os linfócitos Tcd4+ onde os vírus atuam alterando seu DNA para fazer cópias de si mesmo, rompendo os linfócitos em busca de outros para continuar a infecção e, logo após, se multiplicarem. (BRASIL, 2017). Quando o sistema imunológico está seriamente danificado tornando-se mais vulnerável a infecções e cânceres relacionados a infecções — as chamadas infecções oportunistas, é a fase que se inicia a AIDS. (PROGRAMA DO CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS DE COMBATE AO HIV/AIDS, 2017)

Ter o HIV não significa estar com AIDS, havendo muitos soropositivos que vivem vários anos sem apresentar os sintomas e nem a doença, mas podem transmitir o vírus a outras pessoas por relações sexuais desprotegidas, pelo compartilhamento de seringas

contaminadas ou de mãe para filho durante a gravidez, no momento do parto ou da amamentação, quando não são tomadas medidas de proteção. (BRASIL, 2017).

O último boletim informativo publicado em dezembro de 2017 mostra que em 2016 36,7 milhões de pessoas em todo o mundo viviam com HIV com prevalência desde o início da epidemia de 76,1 milhões. (PROGRAMA DO CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS DE COMBATE AO HIV/AIDS, 2017). No Brasil, segundo o boletim epidemiológico do Ministério da Saúde publicado em 2017, foram notificados casos de HIV entre 2007 e 2017. Desse total, 131.969 (67,9%) eram homens e 62.198 (32,1%), mulheres. Esse boletim mostrou também que em 2017 o número de novos casos em mulheres caiu para 4.491. Em 2016 eram 10.943. (BRASIL, 2017)

Esses casos podem estar relacionados à vulnerabilidade da mulher associados às relações de gênero, nível socioeconômico, ocupação e nacionalidade. Os aspectos comportamentais e religiosos as fazem acreditar que estão distantes do risco de contrair a doença, e que isso só aconteceria a outras pessoas. A doutrinação da igreja influencia a agir e pensar sobre uma visão de mundo em particular, afastando-as da decisão de usar ou não medidas protetoras. Além disso, interfere na percepção de que não correm o risco de contrair doenças. Tais aspectos também repercutem sobre o acesso à informação, aos serviços e a disponibilidade de recursos, os quais, por sua vez, potencializam ou diminuem a vulnerabilidade. (SOUZA, 2010, p.328)

Pode-se levar em conta a vulnerabilidade como uma situação onde o indivíduo encontra-se desprotegido em relação a grandes acidentes podendo esta ser potencializada, ou limitada por fatores como nível socioeconômico, que ocasiona a falta de informação e recursos e pode ter influências individuais e coletivas. (DAMASCENO, 2017)

O diagnóstico da infecção HIV/AIDS repercute no indivíduo promovendo alterações psicológicas, fisiológicas e sociais. (PINHO et.al, 2016, p.410) Tais alterações podem levar o indivíduo a desenvolver problemas de saúde mental que, neste caso, destaca-se a depressão, levando-o a buscar apoio religioso ou de profissionais de saúde inclusive no enfrentamento da doença.(PINHO et al., 2016) Em meio a isso a AIDS é, historicamente, uma doença marcada por estereótipos, preconceitos e julgamentos morais principalmente no pertencimento a uma religião cristã.

O protestantismo é uma das maiores vertentes do cristianismo ao lado do catolicismo romano e das igrejas orientais e ortodoxas. Hoje, no Brasil, existem várias vertentes dentro do protestantismo, onde cada um tem sua doutrina, variando entre mais ou menos

conservadora, e a forma de nortear seus devotos, onde as diferenças se dão entre protestantes históricos, pentecostais e neopentecostais, havendo diferenciação doutrinária, de organização e na forma como alcançam novos fiéis. (PRESTON, 2018) Nesta perspectiva de conservadorismo, as crenças religiosas podem influenciar na manutenção das diferenças entre os gêneros. Historicamente a supervalorização do homem em detrimento da mulher fez com que a violência e a desvalorização da mulher fossem naturalizadas, uma vez que a sociedade e a própria mulher aceitam, até os dias atuais, o papel de submissão em relação ao homem. Este fato tem como consequência manifestações em vários graus de severidade e formas, como violência doméstica e domiciliar, física, psicológica, sexual, patrimonial e moral, causada por condições reforçadas pela desigualdade de gênero que atribui à mulher um papel de subalternidade em relação ao homem, que apesar de todas as desconstruções ideológicas ainda está muito arraigada na sociedade. (WERNECK, 2001) Isso pode ser visto nas doutrinas e dogmas cristãos em relação ao matrimônio e no exercício da sexualidade, uma vez que as instituições religiosas, de forma geral, orientam seus fiéis a seguirem comportamentos conservadores para redução de vulnerabilidade.

Essas questões de gênero aumentam a vulnerabilidade das mulheres à infecção, uma vez que permanecem excluídas do poder de decisão de políticas públicas e privadas, recebem salários mais baixos e inferiores aos dos homens ao realizar o mesmo trabalho, têm menos liberdade e poder de decisão em sua vida sexual e acerca do sexo com proteção. Todas estas diferenças entre gêneros produzem uma maior vulnerabilidade entre as mulheres impactando cada vez mais nas epidemias. (FONSECA, 2004)

Diante disso, a questão norteadora desta pesquisa é entender e identificar quais os significados de “exposição ao HIV/AIDS” atribuídos por mulheres que frequentam a religião cristã protestante.

2. CONTRIBUIÇÕES

Esta pesquisa pretende contribuir para que as mulheres possam aumentar suas possibilidades de prevenção contra HIV/AIDS e outras DSTs, levando mais informações em relação a seus direitos de escolhas sexuais, através de ações individuais e conjuntas entre profissionais de saúde, políticas públicas e igrejas.

As colaborações entrariam no âmbito da atuação do profissional, que passaria a ter um olhar mais integral para a saúde das mulheres, atentando-se às questões religiosas e

elaborando ações que incluem esses aspectos, que tanto interferem nas práticas, nas relações e nas decisões das mulheres e, consequentemente, em sua saúde.

Políticas públicas em conjunto com as igrejas passariam a intervir com um olhar mais atento sobre o poder que a mulher tem sobre seu corpo. Os órgãos competentes desenvolveriam políticas e estratégias de prevenção contra infecções e doenças, sem deixar de ferir suas tradicionais crenças religiosas, incluindo questões mais subjetivas como as socioeconômicas e psicossociais.

3. OBJETIVO

Na tentativa de refletir de forma universal o processo de exposição ao HIV, o objetivo deste estudo foi:

- Identificar os significados atribuídos por mulheres que professam religião cristã protestante à exposição ao HIV/AIDS;

4. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

No presente estudo é essencial abordar as relações de gênero, a influência da religião nas decisões diárias e da saúde, e os aspectos de vulnerabilidade da mulher, que são questões importantes para se compreender a fragilidade do indivíduo em relação à doença. É necessário entendê-las além de sua noção biológica e levar em consideração aspectos culturais, psicológicos, socioeconômicos e políticos, ou seja, toda e qualquer situação que implique em suscetibilidade ao adoecimento. (SOUZA, 2010)

O HIV, vírus da imunodeficiência humana, foi identificado em 1983 como sendo o agente etiológico da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS. É um vírus RNA cuja principal característica é a presença da enzima transcriptase reversa, cuja função é a transcrição do RNA viral em DNA. Após esta modificação, pode integrar-se ao genoma do hospedeiro (RACHID,SCHECHTER,2017), e por conta destas características o vírus não pode ser eliminado do organismo humano como outros vírus, por isso o indivíduo que contrai HIV viverá com o vírus para sempre. (PROGRAMA DO CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS DE COMBATE AO HIV/AIDS,2017)

Ser portador do vírus HIV não é o mesmo que ter AIDS, sendo esta doença diagnosticada pela baixa quantidade de células de defesa (CD4) no sangue e/ou manifestações clínicas que podem incluir uma ou mais doenças oportunistas como a tuberculose disseminada, pneumonia, infecções recorrentes ocasionadas por fungos (na pele, boca e garganta), neurotoxoplasmose, e diarreia crônica há mais de 30 dias, entre

outras. (PROGRAMA DO CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS DE COMBATE AO HIV/AIDS,2017)

Históricos do Ministério da Saúde mostram que em 1977 o mundo se deparou com uma doença ainda desconhecida. Os primeiros casos de AIDS apareceram nos EUA, Haiti e África Central, mas somente em 1982 foi classificada como tal. No Brasil não foi diferente e a classificação veio em 1982, embora o primeiro caso tivesse ocorrido em 1980. (MEIRA et al,2017)

Durante o processo de descoberta da AIDS utilizou-se o termo “fator de risco”, entre 1981 e 1982, como instrumento epidemiológico para seu tratamento, a fim de titular os grupos sociais onde emergiram os primeiros casos da síndrome. As pessoas discriminadas socialmente compuseram os primeiros casos da doença, ampliando o conceito de “fator de risco” e contribuindo para que a síndrome fosse entendida como “doença do outro”. (ROCHA,2016; AYRES et al. 1999) e a partir daí orientaram-se as políticas de intervenção em saúde.(AYRES,2002) Podendo ser caracterizado como risco a probabilidade de susceptibilidade do indivíduo de algum grupo populacional delimitado em função da exposição a agentes agressores ou protetores, de interesse técnico-científico.

Após a classificação da doença como AIDS, em 1982 surgiu o conceito de grupo de risco como tentativa de diminuir o estigma sobre as pessoas que adquiriram a doença e com ele a AIDS foi denominada a doença dos 5H, levando ao movimento contrário ao esperado e aumentando o preconceito contra Haitianos, Homossexuais, prostitutas (Hookers - termo em inglês) ,Heroinômanos (usuários de drogas injetáveis) e Hemofílicos, primeiro grupo a se infectarem com o vírus. (MEIRA,2017) O preconceito e os julgamentos morais acerca do assunto produziu uma visão equivocada nas populações que não se reconheciam nestes grupos, de que estariam imunes ao HIV. (MARTINEZ,2017) A visão epidemiológica sobre a AIDS fez com que as estratégias de prevenção fossem operacionalizadas de acordo com o conceito de grupos de risco e tinha como base a ideia de que a infecção era resultado de comportamentos, escolhas ou decisões individuais. (SEFFNER,2009)

Entre os anos de 1985 e 1988 esta configuração passa a sofrer modificações, uma vez que a AIDS já era considerada uma pandemia e as críticas acerca do conceito “grupo de riscos” começam a emergir. A partir daí começa a ser introduzida a ideia de comportamentos de risco, universalizando o cuidado e estímulo ao envolvimento individual com a prevenção. O que antes eram consideradas atividades restritas a grupos

de indivíduos promíscuos passa a ser um comportamento de risco atribuído a todos. Assim, manter relações sexuais sem preservativo, compartilhar seringas, receber transfusão de sangue não testado passou a ser perigoso e arriscado. Esta alteração tende a retirar o estigma dos grupos nos quais a epidemia foi inicialmente detectada, embora demonstre uma tendência de culpabilização individual. (SOUZA, 2010; MEIRE et al., 2017)

Além da mudança em relação aos conceitos, outro fato que altera a configuração da epidemia mostrando que qualquer pessoa corre um grande risco de contrair a doença é o aumento do número de casos entre heterossexuais, intensificação da feminização e transmissão vertical, além do aumento dos casos entre idosos. (DAMASCENO, SANTOS, SILVA, 2017)

A mudança na conformação da epidemia traçou um novo rumo para as estratégias de controle da transmissão do HIV/AIDS sendo, atualmente, a prevenção a principal delas. (DAMASCENO, SANTOS, SILVA, 2017). Isso explica a redução de novos casos de HIV/AIDS entre mulheres no Brasil.

O nível de conhecimento sobre a importância do uso de preservativo pela população brasileira vem aumentando e o uso de camisinha no sexo casual também se mantém estável. Porém, o comportamento nas relações tem demonstrado um aumento no número de parceiros. Isso requer, principalmente dos jovens, uma grande responsabilidade e preocupação com a preservação de sua saúde e das pessoas com as quais relacionam-se. (Damasceno CRSC, Santoss FTG dos, Silva DMF, 2017, p.1323); Nos últimos 5 anos ocorreram grandes avanços nas políticas de prevenção ao HIV. Paralelamente ao nosso entendimento sobre a transmissão do vírus foram desenvolvidas novas estratégias efetivas de prevenção como as profilaxias pré-exposição, ou seja, o uso de camisinha e o fácil acesso ao teste de HIV. (PORTMAN, 2018)

Tais procedimentos entram no âmbito da prevenção combinada cujo ponto de partida para sua conceituação é a junção de diferentes práticas de prevenção, que abrangem tanto os aspectos do vírus HIV quanto os fatores associados à infecção, partindo do pressuposto de que se faz necessária uma abordagem que concilia diferentes esquemas em uma estratégia conjunta, onde as partes não devam ser dissociadas do todo que compõem. Essas estratégias pressupõem de três abordagens possíveis para sua formulação, sendo elas a abordagem biomédica - que foca na redução do risco à exposição ao HIV a partir de meios que impeçam a transmissão do vírus entre pessoas com o vírus e aquelas que não o portam; - a abordagem comportamental - que vê o

comportamento do indivíduo como forma de evitar situações de risco e, a partir de uma análise poder fornecer a eles um conjunto amplo de informações e conhecimentos onde o indivíduo torna-se apto a desenvolver estratégias próprias de enfrentamento ao HIV/AIDS, podendo melhorar sua capacidade de gerir os diferentes graus de risco a que estão expostos; - e a abordagem estrutural - que visa mudar causas ou estruturas que afetam os riscos e vulnerabilidades ao HIV, onde as intervenções remetem a fatores e características sociais, culturais, políticos e econômicos que criam ou potencializam vulnerabilidade em alternativa pessoal ou segmento social, tendo em vista evitar que preconceitos, discriminações ou intolerâncias se convertam em formas de alienação ou retaliação dos direitos de cidadania. (DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS, DO HIV/AIDS E DAS HEPATITES VIRAIS, 2017)

Na prática, a prevenção combinada acontece por meio de Testagem de HIV e sífilis, Profilaxia Pós-Exposição (PEP), Profilaxia Pré-Exposição (PreP), Exame de HIV, sífilis e hepatites no pré-natal, redução de danos, diagnóstico e tratamento de outras ISTs, preservativos feminino e masculino, gel lubrificante e tratamento para todas as pessoas. (DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS, DO HIV/AIDS E DAS HEPATITES VIRAIS, 2017)

Apesar dos esforços, dados brasileiros apontam que o HIV/AIDS ainda é um problema incontrolável e que desde o início da epidemia até hoje, esses índices alcançaram seus piores resultados. Desde o ano de 2011 a barreira dos 40 mil casos anuais foi ultrapassada sem sinal algum de redução em curto período. (DARTONA, ÂNFFOR, SILVEIRA, 2017). As pesquisas de base populacional realizadas no país vêm contribuindo para a compreensão desse cenário, assim como dos determinantes da infecção/ doença. (DARTONA, ÂNFFOR, SILVEIRA, 2017)

Entre as mulheres, o HIV/AIDS é considerado um problema de saúde pública e requer estratégias de promoção de saúde assim como compreender a feminização da AIDS. (LOBO et.al, 2018)

Neste contexto, os termos apresentados contribuíram para chegar ao conceito de vulnerabilidade que considera diversos aspectos relacionados ao adoecimento, resultante de um conjunto de fatores não apenas individuais, mas também coletivos e contextuais que acarretam maior suscetibilidade à infecção. (SOUZA, MIRANDA, FRANCO, 2010, p.382)

No caso das mulheres essa vulnerabilidade está atrelada a inúmeros fatores individuais ou institucionais. No âmbito individual vai depender do grau e da qualidade da informação que esta mulher dispõe sobre o problema, da sua capacidade de elaborar essas informações e incorporá-las ao seu repertório cotidiano e do poder de mudança efetiva em suas práticas, além de lidar com as imposições causadas pela questão de gênero (SOUZA, MIRANDA, FRANCO, 2010), assim como as questões de raça, sexo, classe econômica, e como elas entendem o risco voltado às medidas de autoproteção, crenças religiosas e a utilização dos conhecimentos para introduzi-los em seu cotidiano como forma de prevenção. E no que se refere à vulnerabilidade, do ponto de vista institucional, avalia-se programas de saúde pública de prevenção e organização das políticas de HIV/AIDS, ou seja, ações efetivamente propostas e implementadas para o enfrentamento do problema. (DAMASCENO, SANTOS, SILVA, 2017)

Com isso sabemos que a mulher vem se tornando o grupo mais vulnerável à infecção do HIV tendo como principal fator a submissão ao longo dos anos. A mulher ainda é excluída da tomada de decisões tanto na vida pública, como na pessoal, e até hoje ainda recebem salários mais baixos em comparação ao homem que desempenha o mesmo trabalho. Sofrem ainda violência doméstica e sexual. As mulheres possuem menos liberdade em relação à sexualidade e têm pouco poder para decidir sobre o sexo sem proteção, causando assim uma grande vulnerabilidade para este gênero, aumentando a incidência epidemiológica da infecção nas mesmas. (DAMASCENO,SANTOS, SILVA, 2017, p. 1321)

O uso de preservativo em mulheres com parceiro casual é mais vigoroso quando comparado com mulheres em relacionamentos estáveis, uma vez que estas não possuem poder de escolha sobre ter ou não sexo seguro. (SILVA, VARGENS, 2015)

Há circunstâncias em que elas relatam que não teriam relações sexuais sem preservativo se dependesse de sua vontade, porém, como essa decisão cabe ao parceiro, ficam sujeitas ao comportamento sexual de seus companheiros fora de casa, esperando que sejam fiéis ao dizerem que se protegem, em casos de relações extraconjugais. Esta submissão da mulher em relação às decisões na hora do sexo relaciona-se ao fato de que até pouco tempo sexo era uma tarefa exclusiva das prostitutas. (DAMASCENO,SANTOS, SILVA, 2017)

Por outro lado, mulheres em relacionamento estável em muitos casos, não são consideradas em risco, portanto, não são enquadradas na feminilidade e acabam por falar de outras DSTs/HIV. Conclui-se que elas possuem uma baixa autopercepção da

vulnerabilidade, o que é reforçado pelo fato de que essas mulheres não se sintam vulneráveis por não usar camisinha, mas elas mesmas dizem não usar preservativo em todas as relações sexuais, pois estão mais preocupadas em evitar uma gravidez, substituindo, assim, o preservativo pela pílula anticoncepcional. (SILVA, VARGENS, 2015)

Nota-se também que as mulheres que se encontram em relacionamentos estáveis não se preocupam com a AIDS por acreditarem que a infecção está ligada a algum código moral. Desse modo, acreditam que o casamento possa assegurar imunidade à doença, uma vez que estar casada e ter apenas um parceiro lhes parecem ser um parâmetro de segurança. Por outro lado, seguindo esse raciocínio, automaticamente, a mulher que possui muitos parceiros性uais está na zona de risco. (SILVA, VARGENS, 2015)

Como base em todo o processo da vulnerabilidade da mulher, temos a questão de gênero uma vez que, ainda hoje, a relação entre homens e mulheres possui demarcações de diferentes regras que os favorecem, permitindo que tenham maiores oportunidades em relação às mulheres. (DIAS, GONÇALVES, SILVA, 2003)

Estas demarcações são caracterizadas pelo processo de subvalorização do trabalho feminino tanto no mercado produtivo quanto no trabalho doméstico, historicamente pertencente à mulher. Este fato traz consigo ações destrutivas com o aumento de mulheres como chefes de famílias sem suporte jurídico e salarial tal qual vigente para o homem, potencializando o processo de subvalorização do trabalho feminino, o peso da tripla carga de trabalho que serve como forma de empoderamento e possibilidade de sobrevivência familiar. (ROSA, FONSECA, 2005)

Sendo o perfil epidemiológico das mulheres já com AIDS, mulheres jovens, donas de casa, contaminadas pelos parceiros estáveis, moram em lares empobrecidos e com pouca instrução escolar. São mulheres que não se perceberam vulneráveis ao HIV, principalmente por serem fiéis e dedicadas ao lar e à família. A maioria só teve conhecimento da infecção em decorrência da descoberta da soropositividade do parceiro. (CARVALHO, GALVÃO, SILVA, 2010, p.96)

Além da questão de gênero e a influência de suas crenças, é preciso entender um pouco da realidade religiosa brasileira para compreender sua importância em relação ao risco de infecção e no modo de lidar com a doença.

O Brasil passou por um momento de diversificação religiosa, apesar de ainda ter em sua composição uma maioria de católicos e evangélicos. O protestantismo obteve um aumento, segundo o censo realizado em 2010, de 6,6% para 22% (MARIANO, 2014),

contando com uma grande variedade interna, Igreja Evangélica Luterana, Igreja Evangélica Congregacional, Igreja Evangélica Presbiteriana, Casa da Bênção, Universal do Reino de Deus e Congregação de Saúde Pública e Privada. (UDEL, DONENBERG, EMERSON, 2011)

O termo “protestante” é utilizado como referência ao movimento que teve como objetivo a Reforma da Igreja Católica no século XVI, levando até os momentos atuais à diminuição do número de católicos no país e o aumento do número de evangélicos e no número de pessoas que se declaram sem religião. O protestante segue sua fé e uma individualidade através da interpretação direta e pessoal da Bíblia, pautando suas ações na ética racional do trabalho, sendo tal racionalidade responsável por mantê-lo longe das interferências de tudo o que foge de seu cotidiano. (TORRES, 2016)

Quando o indivíduo se identifica com o pentecostalismo, crença que insere o sujeito em uma identidade cultural, este passa a se sentir provido dos bens de salvação. Do outro lado, encontram-se as lideranças religiosas que, na maioria dos casos, possuem suas representações de gênero, sexualidade e comportamentos já definidas impondo-as como norma dentro de grupos como os evangélicos pentecostais, através do poder de convencimento fazendo uso do sagrado. (VIEIRA, 2017) Estes líderes acabam por influir nas regras de vestuário e relacionamentos interpessoais, podendo afetar em grande escala o que se pode considerar como qualidade de vida. (PAULA et al.,) Além disso, estes líderes usam da comunicação dinâmica para produzir um padrão de crença e estilos de comportamentos a serem seguidos, propagados e vendidos. (VIEIRA, 2017) Estas imposições possuem base na Bíblia e têm como líder uma autoridade última, sendo a única a deter o poder de estabelecer matrizes que conduzirão o ser humano, havendo a crença de que tudo o que ele precisa reside nesta autoridade delegada por Deus, e por Deus tudo se torna legítimo. (SILVA, 2015)

Sabe-se também que a religiosidade pode influenciar na idade em que se inicia a vida sexual, impondo comportamentos como o início de relações mais tardio, uso de camisinha continuamente, ter relações sexuais com menos frequência, e ter menos atitudes sexuais que produzem riscos. (UDEL, DONENBERG, EMERSON, 2011)

Com relação à sexualidade não poderia ser diferente. A sexualidade é exercida pelo indivíduo num espaço de tempo determinado e perpassando pela economia, política, teologia e pela religião. Na história do protestantismo a sexualidade foi vista com diferentes olhos por dois dos importantes líderes Martinho Lutero e João Calvino, onde o primeiro tinha uma visão mais liberal sem pedagogia sexual, deixando para o casal

decidir as relações praticadas no leito matrimonial e não fazia associação entre sexo e o pecado original. Já Calvino tinha a sexualidade como remédio contra a luxúria, ganhando o fervor de Deus apenas no matrimônio. (GOMES, 2006)

No Brasil a sexualidade, e qualquer aspecto ligado ao corpo, sofre total condenação, assim como a sensualidade, o erotismo e o sexo. (GOMES, 2006) Neste aspecto, tanto os fiéis quanto os pastores, ao fazer a interpretação da Bíblia, traduzem ações como masturbação e a prática sexual em tabus, proibições ou atos que levam à ira de Deus levando a culpa pelos próprios desejos. Esta perspectiva mostra o prazer como pecado e acaba por reprimir a sexualidade. (CRUZ, 2015)

Neste contexto e considerando a religião como sendo uma construção sociocultural que implica na compreensão das relações de poder, de classe e de gênero (FREIRE, 2015), tais aspectos relacionam-se com o fato de que os líderes religiosos praticam o cuidado do outro guiando-os implicitamente para pensamentos e ações que afetam o autocuidado e para um destino pré-definido de conduta considerada aceitável produzindo um efeito regulatório. (SHIH et al., 2017, p.51) Estes fatos mostram como a religião pode influenciar nas práticas preventivas e na vulnerabilidade ao HIV, pois podem atingir a percepção da mulher sobre a necessidade do uso de camisinha e da adoção de outros métodos preventivos e profiláticos.

A dimensão religiosa é importante na existência do ser humano é o espaço religioso em relação ao HIV e à AIDS pode ser um lugar de acolhimento e suporte para as mulheres e de incentivo aos comportamentos preventivos, mas, também um lugar onde existirá o isolamento e o preconceito, incentivando comportamentos que tornem mais vulneráveis. (BEZERRA,2015, p.9)

Apesar de acolher as pessoas afetadas pela epidemia, alguns discursos na religião estimulam o estigma sobre o HIV e aumentam a resistência aos programas de prevenção. (PAIVA, GARCIA, 2010) Acredita-se que um elemento facilitador para a implementação de intervenções tanto pré quanto pós exposição incluem a percepção dos líderes religiosos e dos membros da igreja de que elas são necessárias e que a igreja possui uma posição importante na implementação. (STEWART, 2014)

A AIDS é uma doença que põe em evidência a sexualidade e sentimentos como culpa e castigo, o que leva a questões que incomodam o sujeito. Isso implica em um contexto amplo onde cada indivíduo faz uma autoanálise diante da vida percebendo, ou não, diversas formas de vulnerabilidade. (SOUZA, MIRANDA, FRANCO, 2011)

Estudos mostram que, quando ligadas a alguma religião, as mulheres acreditam que sua crença ajuda a enfrentar processos de saúde/doença, apesar de não haver a certeza de que creem na influência religiosa na proteção e cuidado ao HIV/AIDS. Podemos até dizer que a religião não possui influência ou que influencia negativamente o autocuidado em relação às infecções. (BEZERRA,2015)

Esta relação entre a religião e a vulnerabilidade das mulheres pode ser explicada pela história onde, na Idade Média, a igreja proibia mulheres de pregar publicamente por acreditarem que elas despertavam a luxúria, sendo assim uma criatura pecaminosa, lasciva, considerada inferior intelectualmente e com capacidade de mentir e dissimular.

(PONTES)

Nessa mesma época, as mulheres possuíam apenas duas opções: viver em um convento ou serem esposas fiéis a Deus e à provisão do lar e o sustento material. A Igreja desempenhou um papel decisivo na valorização do masculino como também posteriormente no reconhecimento da mulher e seu papel na família, na comunidade e na sociedade (PONTES, p.),,, entretanto não retira por completo as diferenças de gênero.

Sendo assim, o papel do enfermeiro é fundamental para estimular a prevenção e o empoderamento dessas mulheres, atentando em suas consultas de Enfermagem reflexões além da doença, por se tratar de um momento oportuno para troca de saberes e estreitamento de laços. A formação religiosa, nesse sentido, prejudica a preparação para lidar com dimensões subjetivas não expressas de forma racional e clara. (VASCONCELOS, 2014) Contudo, para trabalhar com a mulher portadora do HIV/AIDS ou com risco de infecção pode-se utilizar a abordagem humanista, comportamental e político-social, sendo merecedores de serem abordados os aspectos de gênero, a posição/condição/situação de mulheres e homens no mundo contemporâneo, os direitos das mulheres como direitos humanos, as relações conjugais e o poder que nelas circulam as estereotipias e os direitos reprodutivos e sexuais. (SOUZA, 2011,p. 383)

Tais aspectos aqui apresentados mostram como as relações de religiosidade, vulnerabilidade e a infecção em si trazem problemas, tais como a perspectiva de que o HIV/AIDS sempre será uma doença do outro, ou seja, pessoas deixam de se proteger por acreditarem que não possuem comportamentos de risco e acreditam que estão longe da possibilidade de infecção, além da falta de políticas públicas que abranjam todos os aspectos que envolvem a doença, a prevenção e a vida dos indivíduos.

Tendo em vista a importância e influência da religião na noção de risco e nas percepções sobre a doença, o enfermeiro deve também se ater a este aspecto e, sem ferir a religiosidade da mulher, tentar descontruir ideias que aumentam o risco e a vulnerabilidade das mulheres a infecção da AIDS, por meio de conversas onde o foco é dar informações e embasamento para isso.

5. METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa. Foram captadas 9 participantes com idades entre 18 e 59 anos, em locais públicos com grande circulação de pessoas, na cidade de São Paulo e as entrevistas semiestruturadas foram realizadas e gravadas em um local reservado de escolha da mulher. Os critérios de inclusão foram: mulheres brasileiras, residentes da Cidade de São Paulo, acima de 18 anos, que professam a religião cristã protestante. Foram excluídas mulheres que já tivessem o diagnóstico de HIV/AIDS. Após a saturação teórica dos dados, as entrevistas foram transcritas para análise de conteúdo temática.

Para coleta dos dados foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada composto por duas partes. A primeira, composta por questões fechadas com dados de caracterização e a segunda, com uma questão orientadora e tópicos que serão introduzidos ao longo da entrevista.

Como estratégia para a realização das entrevistas, as participantes foram inicialmente esclarecidas acerca dos objetivos do estudo e convidadas a participar do mesmo. Mediante a manifestação do interesse, foi apresentado o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Após a assinatura do TCLE, foi realizada a entrevista, em local reservado, com auxílio de um aparelho eletrônico, após o consentimento das participantes. As entrevistas foram realizadas até a saturação teórica. O ponto de saturação pode ser determinado, quando o número de respostas não pode ser acrescentado a partir do aumento de entrevistas (THIRY-CHERQUES, 2009). Segundo Minayo (2017), a amostragem qualitativa ideal se apresenta em quantidade e intensidade, as diversas expressões do fenômeno estarão na busca pela qualidade das ações e interações durante o transcorrer do procedimento. Finalizada a coleta, foram realizadas a transcrição dos depoimentos e a análise dos resultados.

Para a análise de dados foi empregada a análise de conteúdo temática de acordo com a sistematização proposta por Oliveira (2008). Segundo Bardin (2009), esta análise é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que, através da leitura e interpretação

do conteúdo das mensagens, permite a realização da análise auxiliando na compreensão de seus significados. Para a aplicação desta técnica, as seguintes etapas foram seguidas: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação (OLIVEIRA, 2008).

Na etapa da pré-análise, foi estabelecido o primeiro contato com os documentos a serem analisados, selecionando os que forem importantes para a análise. A exploração do material consistiu na codificação dos dados obtidos em resultados para o estudo, gerando categorias. Posteriormente, os resultados foram tratados de modo a tornarem-se válidos para o estudo.

Seguindo essas etapas da análise temático-categorial, após a coleta e transcrição do material foi feita a leitura flutuante e exaustiva do material. Logo após, foram determinadas as unidades de registro (UR), que foram constituídas por ideias. Foi realizada uma marcação das UR através de cores, e as mesmas foram agrupadas e quantificadas. Posteriormente, foram definidas as unidades de significação ou temas a partir da associação das UR da mesma cor, sendo possível realizar o agrupamento das unidades de significação formando as categorias temáticas. Em seguida, foi realizada a construção dos quadros referentes às unidades de registro, unidades de significação/temas e categorias.

O estudo respeitou e seguiu os aspectos éticos conforme as resoluções nº 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre a pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto foi submetido à Plataforma Brasil para encaminhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da EEUSP para apreciação, juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O TCLE foi apresentado e assinado pelas mulheres que aceitaram participar da pesquisa após esclarecimento quanto à natureza da mesma, seus objetivos, métodos, riscos potenciais e algum tipo de constrangimento que essa poderia causar. A participação nesta pesquisa poderia acarretar riscos mínimos, como possibilidade de estresse, alteração emocional e constrangimento. Tais riscos foram amenizados com a realização da entrevista em um lugar seguro e privativo, onde estava presente apenas a bolsista e a entrevistada. Ressalta-se que não houve nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras as participantes. Para respeitar o anonimato, os trechos das entrevistas apresentadas neste relatório identificadas como CE para católicas e EE para evangélicas. O projeto foi encaminhado para o CEP/EEUSP em janeiro de 2019 e os pareceres só saíram em maio de 2019 (n.3.301.497).

6. RESULTADOS

6.1. Características das Participantes

	Faixa Etária	Escolaridade	Estado Civil	Freq. de Participação	Papel na Igreja	Tempo de participação
EE1	30 a 35 anos	superior completo	casada	4 vezes ou mais na semana	líder de célula	acima de 5 anos
EE2	36 a 41 anos	superior incompleto	casada	2 a 3 vezes na semana	professora de escola dominical	acima de 5 anos (30 anos)
EE3	36 a 41 anos	fundamental incompleto	divorciada	uma vez na semana	leigo, comparece apenas aos cultos	desde o nascimento
EE4	30 a 35 anos	médio completo	divorciada	uma vez na semana	diaconisa	desde o nascimento
EE5	48 a 53 anos	Técnica em Enfermagem	casada	uma vez na semana	leigo, comparece apenas aos cultos	desde o nascimento
EE6	24 a 29 anos	superior incompleto	casada	uma vez na semana	toca	desde o nascimento
EE7	54 a 59 anos	médio completo	casada	uma vez na semana	leigo, comparece apenas aos cultos	acima de 5 anos
EE8	30 a 45 anos	superior completo	casada	uma vez na semana	organista	desde o nascimento
EE9	24 a 29 anos	Mestra	solteira	2 a 3 vezes na semana	líder de jovens	desde o nascimento

Tabela 1: Quadro Perfil das entrevistas realizadas com mulheres evangélicas, representadas pela sigla EE.

Segundo o quadro, no qual apresenta o perfil das mulheres entrevistadas, temos uma variação na faixa etária de 18 a 59 anos, com prevalência do estado civil casadas (6 de 9), seguida de solteiras (1 de 9) e divorciadas (2 de 9). Com relação à escolaridade, a prevalência foi de ensino superior completo (2 de 9) e ensino superior incompleto (2 de 9), seguido de ensino médio completo (2 de 9); e por fim, fundamental incompleto (1 de 9), técnico - enfermagem (1 de 9) e mestrado (1 de 15). No que diz respeito à frequência de participação, o número de mulheres que vão à igreja apenas uma vez na semana constitui a maioria (6 de 9), seguida das que frequentam de 2 a 3 vezes na semana (2 de 9) , sendo que, somente uma proferiu que comparece à Igreja 4 vezes ou mais em uma semana. Com relação ao papel que exercem na igreja, a prevalência é de leigos - comparecem apenas aos cultos (3 de 9), líder de célula (1 de 9), professora de escola dominical (1 de 9), diaconisa (1 de 9), toca (1 de 9), organista (1 de 9) e líder de jovens (1 de 9). Relativo ao tempo de participação, a maior parte das mulheres referiram que frequentam a Igreja desde o nascimento (6 de 15), seguido das que comparecem há mais de 5 anos (6 de 15) – variando de 5 a 30 anos de participação.

As entrevistadas significam exposição ao HIV/AIDS com certo distanciamento e um olhar voltado para as outras pessoas. Nestes resultados parciais serão descritas 4 categorias provisórias: CATEGORIA 1: Significando exposição ao HIV/ AIDS de

forma “científica”; CATEGORIA 2: Significando exposição ao HIV/ AIDS com olhar conservador dos ensinamentos religiosos; CATEGORIA 3: Significando exposição ao HIV/ AIDS como condenação para o outro.

6.2. CATEGORIA 1: Significando exposição ao HIV/ AIDS de forma “científica”

Uma forma de mostrar o distanciamento do risco, as mulheres entrevistadas significam exposição ao HIV/AIDS a partir de conhecimentos teóricos aprendidos ao longo da vida. Assim, citam diversas formas de transmissão do vírus, além da sexual, como o compartilhamento de agulhas por usuários de drogas, transfusões de sangue, procedimentos com instrumentos sem esterilização (tatuagens, cirurgias ou manicures). Na transmissão sexual, para as entrevistadas, exposição significa ter relações sexuais sem proteção por meio de preservativos.

“Uma pessoa que usa droga, assim, sem.. um droga que tenha contato com sangue” (EE1)

“Eu acho, hoje, que o uso de drogas é um problema, que é oferecida em toda esquina, hoje um agulha é dividida entre 10 a 20 pessoas. Lá no centro, a gente tem... o pessoal da minha igreja, tem um projeto na cracolândia, tem um pastor nosso lá e a gente vê que são crianças de às vezes 12/13/14 anos que já nem estão mais só no craque. Então, assim, eles têm acesso livre a agulhas que rodam por muitas pessoas. Então você fala ‘foi o ato sexual?’ Não, não foi. Foi o uso indiscriminado de drogas” (EE2)

“talvez fazer uso de drogas injetáveis com compartilhamento de agulhas” (EE6)

“uso das drogas ilícitas né, é possível meio de contaminação” (EE8)

“...muitas vezes não tem o uso da camisinha, está mais vulnerável” (EE1)

“Acho que ter relação desprotegida com pessoas que você não conheça” (EE6)

“Se expor é você não se prevenir, não tomar cuidado com a sua própria vida né..” (EE7)

“Bom eu acho que se expor ao HIV e a aids são as relações que a juventude hoje vem tendo, sem a devida proteção e o uso de preservativos” (EE8)

“... se expor é você fazer sexo sem proteção...” (EE9)

“fazer cirurgia em locais que não são sépticos” (EE6)

“... você pode estar exposto a isso de várias formas, você pode ir ao dentista e ser exposto ao vírus, na manicure que não teve cuidado e atende uma pessoa que tem HIV e meu sangue tem contato com o sangue dessa pessoa eu também vou estar exposta, não só sexualmente.” (EE2)

“Essa semana mesmo teve um caso, teve uma paciente idosa que veio para uma avaliação com o cardiologista e ninguém passou pra mim que a mulher tinha HIV, eu fui ver o prontuário e aí que eu fui ver que a mulher era soropositiva. É complicado, se

não passa a informação pra gente, a gente acaba se contaminando sem saber, nesse sentido, no outro não. Então, essa é um exemplo de como a gente não passa informação e acaba colocando o outro em risco.” (EE5)

“ter sempre um kit de primeiros socorros, na medida do possível, porque a gente olha sempre com o olhar do sexo, do beijo, mas não, você pode encontrar uma pessoa portadora do vírus passando mal na rua, precisar socorrê-la e ela não vai te dizer que é soropositiva, você tem que ter toda uma precaução.” (EE9)

6.3. CATEGORIA 2: Significado exposição ao HIV/ AIDS com olhar conservador dos ensinamentos religiosos

Por se tratar de participantes que professam religiões cristãs, os significados atribuídos são influenciados pelas doutrinas ensinadas nas igrejas. Para elas, exposição ao HIV/AIDS significa falta de cuidado em não conhecer a pessoa com quem se relaciona afetiva e sexualmente. Como também a falta de preservação do corpo pela castidade, pela promiscuidade e falta de ensinamentos cristãos desde o nascimento. Esse pensamento conservador atribui o maior risco para pessoas com comportamentos considerados desviantes e que não seguem uma religião cristã.

“ah, tem a campanha da aids, mas eles não mostram como é o vírus da aids, como se pega, como que eu posso prevenir isso e as informações estão bem enxutas e as pessoas não têm essa consciência de que precisam sim usar camisinha, eu preciso levar a informação..., principalmente os jovens, eu vejo que os jovens estão pegando doenças por falta de conhecimento, principalmente a aids, que é uma doença silenciosa, que se não tiver cuidado pega e hoje a maioria dos jovens estão tendo acesso ao sexo mais rápido, muito mais rápido que antigamente.” (EE1)

“Então hoje o acesso ao sexo ta muito mais fácil e a informação ta baixa e isso tudo influencia no geral.” (EE1)

“as pessoas que se expõem ou não tiveram conhecimento ou se tem ignoram e levam a vida assim a mercê de todos os riscos e vivem o hoje como se não houvesse amanhã como se o mundo fosse acabar.” (EE4)

“Eu acho que a informação é muito bem disseminada, mas as pessoas não levam a sério.” (EE6)

“um pessoa que tem relação com muitas pessoas, muitas vezes não tem o uso da camisinha, está mais vulnerável.” (EE1)

“hoje a questão do casamento te proteger do HIV já não é uma realidade, ele só te protege em relação à exposição sexual, mas sim, o fato de você ser uma pessoa monogâmica e seu marido ser uma pessoa monogâmica e vocês terem ali um compromisso de não terem tido nenhuma relação sexual antes do casamento e nem durante, vamos dizer que já é meio caminho andado, já facilita bastante nessa proteção.” (EE2)

“então se brigou com seu parceiro vai lá e pega todo mundo e na igreja isso até acontece com pessoas que entraram a pouco tempo e já tinha esses hábitos aqui fora,

mas quem já frequenta desde sempre tem muito temor a Deus então evita trair, evita mentir com medo de ser punido. Isso existe na igreja evangélica.” (EE3)

“Eu acho que é questão mesmo cultural, por exemplo, um menino que é criado num meio que fala que ele tem que pegar todas a chance dele passar ou pegar alguma doença é de 98%, então se você tem o cuidado de explicar e expor os riscos são bem menores, tanto para meninos quanto para meninas.” (EE4)

“Tenho uma amiga inclusive que tem relações com pessoas aleatórias e ela não usa preservativo e toda vez eu brigo com ela, minhas outras amigas brigam com ela, mas ela não usa mesmo assim” (EE6)

“não adianta você falar pro filho.. que nem, eu tenho uma filha e um filho.. não adianta você falar “ah não vai sair por ai pegando todo mundo”, não, tem que falar porque, tomar cuidado, você e o seu corpo, você tem que saber tomar cuidado.” (EE7)

“a juventude troca de parceiro muito frequentemente né, a gente vê o funk é um exemplo nítido disso, que as pessoas têm mais de um parceiro na mesma noite. Então eu acredito que existe a disseminação em grande quantidade por alguns grupos sim.” (EE8)

“E se expor é você fazer sexo sem proteção, é beijar muitas bocas por ai sem ter um conhecimento de quem é aquela pessoa que você está beijando, em termos é isso, são as formas de contágio né...” (EE9)

“não conhece o parceiro e sai ficando com várias pessoas fica sim mais vulnerável ao contato com o HIV e com a transmissão da doença.” (EE1)

“E se expor é você fazer sexo sem proteção, é beijar muitas bocas por ai sem ter um conhecimento de quem é aquela pessoa que você está beijando, em termos é isso, são as formas de contágio né...” (EE9)

“mas não é só através do sexo, é um processo e você tem que cuidado de ver com quem você está se aproximando.” (EE7)

“eu acho que isso é uma questão muito não só social, mas de berço, porque eu acho que isso vem muito de criação, passa de mãe pra filha, de avós para filhas e para netas” (EE4)

“eu penso assim, que é de berço, então as pessoas que se expõem ou não tiveram conhecimento ou se tem ignoram” (EE4)

“No momento que eu tivesse relação com meu primeiro namorado, eu já tive aquela preocupação de ele usar preservativo, eu ir com mais frequência ao médico, então eu acho que de berço explicar os prós, os contras, explicar como se prevenir dos riscos vem tudo do diálogo mesmo.” (EE4)

“Acho que ter relação desprotegida com pessoas que você não conheça” (EE6)

“Tenho uma amiga inclusive que tem relações com pessoas aleatórias e ela não usa preservativo e toda vez eu brigo com ela” (EE6)

“é beijar muitas bocas por ai sem ter um conhecimento de quem é aquela pessoa que você está beijando, em termos é isso, são as formas de contágio né... ” (EE9)

“Primeiro é você não conhecer o parceiro com quem você está tendo uma relação tanto sexual quanto afetiva, você está exposto a qualquer tipo de doença você não conhece aquele com quem você se relacionando.” (EE9)

6.4. CATEGORIA 3: Significando exposição ao HIV/ AIDS como condenação para o outro

Essas mulheres, que professam religiões cristãs, expressam os significados de exposição ao HIV/AIDS como uma sentença de morte para outras pessoas e sinônimo de perigo e medo, remetendo aos primeiros anos da epidemia. Inclusive, quando um portador não informa a doença para a parceira.

“Ah, pra mim é a morte né, tenho muito medo. Sei lá, não consigo nem imaginar” (EE3)

“É um assunto bem complicado né, que traz um pouco de medo” (EE3)

7. DISCUSSÃO

Apesar das transformações, na América latina e Brasil, em que condutas e valores em relação à sexualidade, vêm desvinculando a atividade sexual do casamento e reprodução e passando a ser um direito sexual da mulher (HEILBORN et al., 2006), as mulheres ainda se sentem protegidas por conta do amor romântico. A estabilidade em um relacionamento estável é atribuída pela monogamia, confiança, diálogo, respeito mútuo e doutrina religiosa (PORTO, SILVA e VARGENS, 2016; SILVA e VARGENS, 2009). No âmbito do pertencimento a uma religião, principalmente as cristãs, com suas doutrinas e seus dogmas conservadores, as questões ligadas à sexualidade ainda são frequentemente vinculadas ao matrimônio e à reprodução humana gerando um distanciamento para exposição ao HIV (RIOS et al., 2008). Inclusive, a AIDS é considerada uma “doença do outro” perpetuando a ideia de discriminação e preconceito (PORTO, SILVA e VARGENS, 2016; SILVA e VARGENS, 2015; PORTO, SILVA e VARGENS, 2014; SILVA, LOPES e VARGENS, 2010).

E, as crenças religiosas, como fé, oração e amor são utilizadas como medidas de prevenção contra o HIV/AIDS e, mulheres que professam religiões consideram que os indivíduos devem seguir estritamente as orientações de comportamento da igreja para não se exporem à infecção (SEFFNER, 2011; COSTA et al., 2018). Desta forma, a vivência da sexualidade é controlada a partir da responsabilização de si e o cuidado com os outros através do discurso dos pecados da carne. Os preceitos religiosos apostam em uma sexualidade casta, que só é permitida de forma ativa dentro do casamento (RIOS et al., 2008).

Desta maneira, as instituições religiosas, dentro de suas especificidades, de forma geral, orientam comportamentos conservadores para redução da vulnerabilidade, como não cometer adultério, heterossexualidade, uso de materiais descartáveis, entre outros

(SEFFNER, 2011; COSTA et al., 2018). Isto vem sendo difundido em muitas partes do mundo pelas organizações baseadas na fé para intervenções de prevenção do HIV. Assim, as políticas públicas com suas medidas tradicionais de prevenção, devem levar em consideração este contexto religioso. Pois, os indivíduos moldam sua linha de ação a partir dos ensinamentos bíblicos e orientações das organizações baseadas na fé (MPOFU et al, 2014; OCHILLO, TEIJLINGEN e HIND, 2017).

Este fenômeno aponta para o poder dessas influências sobre os fatores socioculturais que promovem exposição feminina ao HIV/AIDS. Neste contexto, as mulheres vivenciam situações de vulnerabilidade devido às barreiras religiosas nas questões de sexualidade e nas relações com seus parceiros íntimos evidenciando as desigualdades de gênero (STEWART, 2016). Dull e Skokan já diziam em 1995 que, nas dimensões da promoção e prevenção da saúde, as crenças nas religiões podem incentivar a adoção de comportamento mais saudáveis quanto podem gerar um otimismo irrealista de proteção divina contra doenças.

Considerando o contexto atual, deve-se refletir que as ações de promoção da saúde e prevenção de HIV/AIDS tradicionais não são suficientes para controle da epidemia em diversos grupos populacionais. A saúde é o maior recurso para desenvolvimento social, econômico, pessoal, bem como uma relevante dimensão da qualidade de vida (BEZERRA e SORPRESO, 2016). Em prol desse conceito, é importante pensar em estratégias que impulsionam novas formas de viver saudável. Para que isso aconteça, deve-se levar em conta o contexto do indivíduo e o que cada indivíduo considera como “viver saudável”. Para Brasil (2012), para melhoria da qualidade de vida da população, a promoção da saúde é uma estratégia para desenvolver autonomia e corresponsabilidade. É necessária a gestão compartilhada entre os profissionais de saúde, usuários e outros diversos setores para resolutividade das ações de controle do HIV/AIDS.

Porém, quando se trata de assuntos que se relacionam com questões de sexualidade, surge uma tensão entre as políticas públicas brasileiras e as instituições religiosas, comprometendo a efetivação do Estado laico (GOMES, NATIVIDADE e MENEZES, 2009; SILVA, PAIVA e PARKER, 2013).

Apesar de uma história autoritária e alimentada por dogmas e da tentativa constante de vinculação com o poder político e econômico gerar muita resistência por parte dos intelectuais progressistas. Entretanto, o papel que a religiosidade assume na vida cotidiana da população é de suma importância.

As políticas públicas devem programar estratégias em que estas mulheres sejam capazes de aumentar sua percepção quanto à situação de vulnerabilidade na qual estão expostas (LÓPEZ; GAMBOA, 2015). Tal panorama corrobora que esforços das esferas governamentais devem ser realizados de maneira mais ampla a fim de que a mulher se reconheça como agente de promoção da própria saúde, mesmo em situações com perda de autonomia. Neste sentido, é essencial que possíveis barreiras da alienação social sejam ultrapassadas e que, dessa forma, seja priorizada a elaboração de um conjunto de estratégias de prevenção diferentes das que já estão postas, nas quais a mulher tenha consciência da importância de seu protagonismo na promoção de sua saúde.

Para isso, é importante pensar no panorama religioso brasileiro a partir dos censos demográficos. A contar do primeiro recenseamento nacional de 1970 até o último publicado em 2010 o perfil religioso dos brasileiros manteve a hegemonia da filiação à religião católica. Porém, ao longo do tempo, mais expressivamente a partir da década de 90, foram registradas transformações nessa composição. Com aumento notável do crescimento dos indivíduos que se declaram como evangélicos e declínio do segmento católico, embora prevalecente (BRASIL, 2012).

No último Censo Demográfico (BRASIL, 2012) mostram o incremento da diversidade dos grupos religiosos no Brasil, evidenciado nas áreas urbanas e populosas. Simultaneamente, ocorreu consolidação o crescimento da parcela da população que se declarou evangélica.

Isto se deve à imigração de pessoas com culturais diversas e a dificuldade histórica da igreja católica em instituir uma unidade religiosa no Brasil. Assim, encontra-se no país pessoas praticantes de todas as religiões do mundo. (STEIL, 2001).

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que, independente da religião cristã que professa, a mulher demonstra consciência crítica para os outros sobre a exposição ao HIV/AIDS, mas não mostra sensibilização para si. Esta reflexão, apesar de ainda incipiente, apresentou uma nova perspectiva, e traz concepções acerca da compreensão em relação à exposição ao HIV/AIDS de mulheres que professam religiões cristãs.

Espera-se que possa contribuir para estratégias de promoção da saúde para este grupo populacional específico. Além disso, almeja-se que sejam realizados novos estudos sobre o tema, uma vez que este se faz abrangente e não se esgota nesta pesquisa.

9. Referências

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

BEZERRA, J.S. *Religiosidade e autocuidado e em relação ao HIV e à Aids entre mulheres atendidas no Centro de Referência da Saúde da Mulher em Santarém*. 2015. Dissertação (Mestrado em teologia) – Faculdade de Teologia, Faculdades EST, São Leopoldo.

BEZERRA, I. M. P.; SORPRESO, I. C. E. Conceitos de saúde e movimentos de promoção da saúde em busca da reorientação de práticas. *J. Hum. Growth*, São Paulo, v. 26, n. 1, p.11–16, dez. 2016.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO: AIDS E IST. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, ano 5, n.1, jan./jun. 2017. 27^a a 53^a – semanas epidemiológicas. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2017>. Acesso em: 23 fev. 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Glossário temático: Promoção da Saúde / Ministério da Saúde*. 1.ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. *Censo Demográfico 2010: Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência*. Rio de Janeiro: IBGE, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução 466 de dezembro de 2012: Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução 510 de ABRIL de 2016: Ética na pesquisa na área de ciências humanas e sociais*. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2016.

CRUZ, M.A.S. Sexualidade e educação sexual. 2015. Monografia (Curso de pedagogia) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

DULL, V.T.; SKOKAN, L.A. A cognitive model of religion's influence on health. *Journals of social Issues*. V.51, p.49-64. 1995.

FREIRE, A.E.P. Epistemologia feminista: contribuições para o estudo do fenômeno

religioso. *Paralellus*, Recife, v. 6, n. 13, p. 377-390, jul./dez. 2015.

GOMES, E.C.; NATIVIDADE, M.; MENEZES, R.A. Parceria civil, aborto e eutanásia: controvérsias em torno da tramitação de projetos de lei. In: GOMES, E.C. (Org.).

Dinâmicas contemporâneas do fenômeno religioso na sociedade brasileira. Aparecida: Ideias e Letras, 2009. p.188-210.

GOMES, A.M.A. As representações sociais do corpo e da sexualidade no protestantismo brasileiro. *Revista de Estudos da Religião*. N.1, p.1-38. 2006.

HEILBORN, M.L. Experiência da sexualidade, reprodução e trajetórias biográficas juvenis. In: _____. et al. (Orgs.). *O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros*. Rio de Janeiro: GaramondUniversitária/Editora Fiocruz, 2006. p.29-59.

LOPES, C.H.A.F., JORGE, M.S.B. Interacionismo simbólico e a possibilidade para o cuidar interativo de enfermagem. *RevEscEnferm USP*,v.39, n.1, p.103-108. 2005.

LÓPEZ, R. Q.; GAMBOA, L. V. Análisis de la vulnerabilidad social y de género en la migración y VIH/sida entre mujeres mayas de Yucatán. *Estudios de Cultura Maya*, Coyoacan, v. 26, p. 197-226.2015.

MPOFU, E. et al. Faith and HIV prevention: the conceptual framing of HIV prevention among Pentecostal Batswanateenagers. *BMC Public Health*.v.14, n.1, p. 1-11, Mar. 2014.

OCHILLO, M.A.; VAN TEIJLINGEN, E.; HIND, M. Influence of faith-based organisations on HIV prevention strategies in Africa: a systematic review. *Afr Health Sci.* v. 17, n.3, p. 753-761, sep.2017.

OLIVEIRA, D.C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. *Revista Enfermagem UERJ*. Rio de Janeiro, v. 16, n.4, p.569-576, out./dez. 2008.

PAULA, D.D.C.C.D. et al. A influência do protestantismo na qualidade de vida dos jovens. In: XVII Encontro de Iniciação Científica e II Mostra de Extensão da UninCor, 2015, Três Corações. Anais... Três Corações: Universidade Vale do Rio Verde, 2015. P. 86.

PORTO, T.S.A.R.; [SILVA, C.M.](#); VARGENS, O.M.C. Cuidando de mulheres com HIV-AIDS - uma análise interacionista na perspectiva de mulheres profissionais de saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem* (UFRGS. Impresso), v. 35, p. 40-46, 2014.

PORTO, T.S.A.R.; [SILVA, C.M.](#); VARGENS, O.M.C. Female healthcare professionals?behaviour and attitudes in the context of the feminisation of HIV/AIDS: gender vulnerability analysis. *AidsCare* (Print), v. 2016, p. 1-7, 2016.

PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS. *Fact sheet: latest statistics on the status of AIDS epidemic*. 2017. Disponível em: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_en.pdf. Acesso em: 15 abr. 2018.

RIOS, L.F.; PAIVA, V.; MAKSUD, L.; OLIVEIRA, C.; CRUZ, C.M.S; SILVA, C.G; JUNIOR, V.T.; PARKER, R. Os cuidados com a “carne” na socialização sexual dos jovens. *Psicologia em Estudo*. Maringá, v. 13, n. 4, p. 673-82, 2008.

SANTOS, N.J.S. Mulher e negra: dupla vulnerabilidade às DST/HIV/aids. *Saúde Soc. São Paulo*, v.25, n.3, p.602-618, 2016.

SEFFNER, F.; GARCIA, J.; MUÑOZ-LABOY, M.; PARKER, R. A time for dogma, a time for theBible, a time for condoms: building a Catholic theology of prevention in the faceof public health policies at Casa Fonte Colombo in Porto Alegre, Brazil. *Glob Public Health*. v.6,Suppl. 2, p.271-83, 2011.

SHIH, P. et al. *Pastoral power in HIV prevention: Converging rationalities of care in Christian and medical practices in Papua New Guinea*.Australia: 2017.

[SILVA, Carla Marins](#); VARGENS, Octavio Muniz da Costa .Aids as a disease of the others: an analysis of women's vulnerability. *Cuidado é Fundamental*, v. 7, p. 3125-3134, 2015.

SILVA, E.P. Heteronomia: Estranheza do fundamentalismo protestante no Brasil. *RevistaEletrônica Correlatio* v.12, n.27. 2015.

SILVA, M.M.C; DOULA, S.M. Representações sociais sobre a Aids entre jovens rurais e urbanos de Minas Gerais. *Semina: CiênciasSociais e Humanas*.Londrina, v. 35, n.2, p.77-90, 2014.

SILVA, C.G.; PAIVA, V.; PARKER, R. Religious youth and homosexuality: challenges for promotion of health and sexual rights. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.17, n.44, p.103-17, jan./mar. 2013.

SILVA, C.M.; LOPES, F.M.V.M. ; VARGENS, O.M.C. A vulnerabilidade da mulher idosa em relação à AIDS. *Revista Gaúcha de Enfermagem* (Online), v. 31, p. 450-457, 2010.

SILVA, C.M.; VARGENS, O.M.C. A percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DST/HIV. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* (Impresso), v. 43, p. 401-406, 2009.

STEIL, C.A. *Pluralismo, modernidade e tradição: transformações do campo religioso*. CienciasSociales y Religión/Ciências Sociais e Religião. Porto Alegre, ano 3, n.3, p.115-29, 2001.

STEWART, J.M.; ROGERS, C.K.; BELLINGER, D.; THOMPSON, K.A Contextualized Approach toFaith-Based HIV Risk Reduction for African American Women. *West J Nurs Res.* v.38, n.7, p. 819-36, 2016.

THIRY-CHERQUES, H. R. Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. *PMKT - Revista Brasileira de Pesquisas de Marketing, Opinião e Mídia*, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 20-27, set. 2009.

TORRES, C.M. *Religiosidade e experiências anômalas no protestantismo brasileiro*. 2016. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

UNAIDS.Joint United Nations Program on HIV/AIDS.*RESUMO INFORMATIVO: ESTATÍSTICAS GLOBAIS SOBRE HIV*: OMS; 2017. Disponível em: https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2017/12/UNAIDSB_R_FactSheet.pdf. Acesso em: 22 mai. 2018

VARGENS, O. M. C. *Querendo fazer algo diferente a relação de interação entre a enfermeira e a mulher frente ao fenômeno da mutilação nas cirurgias ginecológicas*. 2000. 125 f. Tese (Professor Titular) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

VARGENS, O. M. C.; [SILVA, C.M.](#) Tendo que se adaptar a uma realidade incontestável e inesperada: ser portadora do HPV. *Revista Enfermagem UERJ*, v. 22, p. 643-648, 2014.

VASCONCELOS, E.M. Espiritualidade na educação popular em saúde. *Cad. Cedes*, Campinas, vol. 29, n. 79, p. 323-334, set./dez. 2009

VIEIRA, M.M. Mídia, religião e globalização: a representação da mulher no pentecostalismo digital. *Revista de História*, v.19, n.34, p. 234-56, 2017.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas*, Campinas, vol. 22, n.44,p. 203-220, ago/dez. 2014

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1)Nome (iniciais):

2)Faixa etária:

- () 18 a 23 anos. () 36 a 41 anos. () 54 a 59 anos
 () 24 a 29 anos () 42 a 47 anos. () 60 a 65 anos
 () 30 a 35 anos () 48 a 53 anos. () acima de 66 anos

3)Escolaridade:

- () Fundamental – incompleto () Fundamental – completo
 () Médio - incompleto () Médio - completo
 () Superior – incompleto () Superior – completo
 () Pós- graduação - incompleto () Pós-graduação - completo

4)Estado civil:

- () Solteira () Casada
 () Separada/desquitada/divorciada () Viúva
 () União estável () Outros

5)Frequênci a semanal de participação na igreja Protestante:

- () Uma vez na semana; () 2 a 3 vezes na semana; () 4 vezes ou mais na semana

6)Papel que exerce na Igreja Protestante:

- () Leigo – comparece apenas aos cultos; () Integrante de pastoral;
 () Coordenação de pastoral; () Outros

7)Tempo de participação na Igreja Protestante:

- () Desde o nascimento;
 () 1 a 2 anos;
 () 3 a 5 anos;
 () Acima de 5 anos;

5)Questão disparadora da entrevista:

O que é se expor ao HIV/AIDS para você?

6)Tópicos a serem abordados na entrevista:

- Exposição individual, social e em relação ao HIV/AIDS;
- Uso de preservativo;
- Sexualidade;
- Pertencimento religioso

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Convidamos a senhora a participar, voluntariamente, da pesquisa que tem como título: **SIGNIFICADOS DE EXPOSIÇÃO AO HIV/AIDS ATRIBUÍDAS POR MULHERES QUE FREQUENTAM A RELIGIÃO CRISTÃ PROTESTANTE**, desenvolvida pela Professora Doutora Carla Marins Silva e sua aluna Camila Rodrigues Novaes.

A senhora está sendo convidada por ter idade maior ou igual a 18 anos, frequenta a religião cristã protestante e é residente da cidade de São Paulo. O **objetivo** desta pesquisa éconhecer os significados da exposição ao HIV/AIDS e as interações sociais de mulheres que frequentam a religião cristã protestante.

Solicitamos que a senhora nos conceda uma entrevista individual, gravada em aparelho de celular ou gravador digital mp3. Essa entrevista será realizada, de acordo com a sua disponibilidade, em um local reservado, de sua escolha no parque do Ibirapuera, onde sua privacidade possa ser preservada. O tempo estimado de duração é de mais ou menos 30 minutos.

A participação nesta pesquisa poderá acarretar **riscos**, como: possibilidade de estresse, alteração emocional e constrangimento. Tais riscos poderão ser amenizados com a realização da entrevista em um lugar seguro e privativo, em que estará presente apenas a entrevistadora e a entrevistada. Além disso, a senhora **poderá interromper ou recusar-se a participar, em qualquer fase da pesquisa**, sem a necessidade de qualquer justificativa e sem qualquer penalidade. Também será assegurado o **sigilo absoluto** sobre sua identidade. Sua **participação na pesquisa é voluntária** e não provocará custos adicionais, não terá qualquer despesa com a realização da entrevista ou quaisquer compensações financeiras.

Seus depoimentos serão passadas para o papel em outro momento para análise da pesquisa. O material das entrevistas ficará sob a guarda do entrevistador, por cinco anos, e será usado apenas para fins de pesquisa. Após este tempo, os arquivos digitais (gravados) serão excluídos e os impressos (papéis) incinerados (queimados). A senhora poderá ter acesso a esse material a qualquer momento, podendo inclusive fazer modificações que achar necessárias. Caso haja algum tipo de dano em qualquer momento devido a sua participação nesta pesquisa, você terá direito a indenização por parte dos pesquisadores e da Instituição envolvida, conforme previsto no Código Civil, Lei 10.406 de 2002;

Benefícios:Sua participação não lhe trará benefício pessoal direto, porém, as informações fornecidas por você, serão importantes para aprimoramento de práticas já existentes nos serviços de saúde dirigidas à saúde da mulher, envolvendo inclusive instituições religiosas.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado e rubricado em 2 vias e a senhora receberá uma via. E, poderá entrar em contato com ela pelos telefones abaixo citados, para qualquer dúvida ou esclarecimento, em qualquer etapa da pesquisa.

A **pesquisadora responsável** é a Professora Doutora Carla Marins Silva, que pode ser encontrada no endereço Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, sala 228, Cerqueira César – São Paulo/SP – CEP: 05403-000. Telefone: (11) 3061-7508, (11) 95855-3079 (atendimento 24h); email: carlamarins@usp.br

Caso a senhora tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética desta pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) - Endereço - Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 – Cerqueira Cesar - São Paulo/SP CEP – 05403-000 Telefone - (11) 30618858 e-mail – cepee@usp.br

ATENÇÃO: O Comitê de Ética em Pesquisa é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. Esta pesquisa atende a todas as especificidades da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 que aprova as diretrizes e normas regularizadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Eu li e entendi todas as informações sobre este estudo e desejo participar deste estudo.

Assinatura da pesquisadora responsável

Assinatura da aplicadora do TCLE

Assinatura da participante do estudo

Data: / /

APÊNDICE C – QUADRO 1: QUADRO SÍNTESE DAS UNIDADES DE REGISTRO E UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO NA ANÁLISE DE CONTEÚDO.

25	Exposição além da sexual		2							2	
26	Casamento como proteção sexual		2		1	1			1	5	
27	Preservativo como controle de natalidade		6			2	1	3	4	16	
28	Exposição de jovens		1							1	
29	Falta de busca por informações		2							2	
30	Impulsividade		2							2	
31	Homossexuais não estão mais passíveis que todos		2		1					3	
32	Se colocar em situação de risco		3							3	
33	Conscientização sobre as formas de exposição e contágio		1					1		2	
34	Exposição como morte			1						1	
35	Medo da exposição			4						4	
36	Nunca pensou sobre o assunto			1						1	
37	Pessoas religiosas não ligam para proteção			1						1	
38	Hábito de sair com várias pessoas	1	2				1	3	1	8	
39	Igreja ensina a lutar pela família			3						3	
40	Medo de punição			1						1	
41	Mulheres se preocupam com exposição			1						1	
42	Traição mesmo freqüentando a igreja			1						1	

43	Confiar no parceiro mesmo sabendo da necessidade de usar preservativo			2						2	
44	Não ter responsabilidade social			1						1	
45	Exposição relacionada à falta de conhecimento			1						1	
46	Desconsiderar seus conhecimentos e se colocar em risco			1						1	
47	Machismo	1		1						2	
48	Buscar o médico			3						3	
49	Colocar religião em frente ao conhecimento			2						2	
50	Autocuidado			1						1	
51	Mudança de pensamento após frustração no relacionamento			1						1	
52	Perda da confiança			2						2	
53	Religião influencia positivamente na exposição		1	5		1		1		6	
54	Prevenção associada a frequência na igreja			1	1					2	
55	Não informar que possui a doença				4		1		3	8	
56	AIDS melhor que outras doenças por ter cura				2					2	
57	Religião influencia na exposição				1		1			2	
58	Responsabilidade em relação a forma em que se leva a vida					1				1	
59	Aprender sobre formas de proteção e doenças fora de casa	1				1	1		4	7	
60	Não levar informação a sério					1				1	

61	Não se prevenir						1		1		2	
62	Não tomar cuidado com a vida						1				1	
63	Conhecer bem seu parceiro						1				1	
64	Formas de contato						1				1	
65	O tipo de preservativo interfere na proteção						3				3	
66	Falta de conversa sobre sexo com os pais						11	5			16	
67	Responsabilização do indivíduo sobre suas atitudes								2		2	
68	Religião não impõe nada								3		3	
69	Medo de falar sobre sexo – ASSUNTO TABU								2		2	
70	Nunca pensou sobre a relação da religiosidade com exposição								2		2	
71	Deus não protege contra decisões tomadas quando se sabe do risco								2		2	
72	Exposição relacionada à relações desprotegidas							2			2	
73	Igreja importante para alimentar a fé						2				2	
	Total de UR	49	40	20	28	14	8	42	20	28	249	9

APÊNDICE D – QUADRO 2: QUADRO SÍNTESE DA CONSTRUÇÃO DE CATEGORIAS NA ANÁLISE DE CONTEÚDO.

TEMAS/UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	Nº DE UR/TEMA	CATEGORIAS	Nº UR/CATEGORIA
Exposição relacionada ao contato físico	2		
Exposição relacionada à relação sexual	1		
HIV é doença grave	1		
Todos estão passives a exposição ao vírus	3		
Exposição relacionada ao uso de drogas	5		
Exposição relacionada ao contato com o sangue	6		
Não usar camisinha por conta do parceiro	5		
Usando preservativo apenas no início do relacionamento	8		
Não uso do preservativo por conta de um relacionamento	1	Significando exposição ao HIV/ AIDS de forma “científica”	86
HIV é uma doença comum	1		
Exposição além da sexual	2		
Falta de busca por informações	2		
Se colocar em situação de risco	3		
Informação como forma de proteção	4		
HIV como uma doença contagiosa	2		
HIV como doença com processo lento de morte	1		
Confiar no parceiro mesmo sabendo da necessidade de usar preservativo	2		
Exposição relacionada à falta de conhecimento	1		
Desconsiderar seus conhecimentos e se colocar em risco	1		
AIDS melhor que outras doenças por ter cura	2		
Não levar informação a sério	1		
Não se prevenir	2		
Não tomar cuidado com a vida	1		
Confiar no parceiro mesmo	2		

sabendo da necessidade de usar preservativo			
Exposição relacionada à falta de conhecimento	1		
Desconsiderar seus conhecimentos e se colocar em risco	1		
Exposição relacionada à relações desprotegidas	2		
O tipo de preservativo interfere na proteção	3		
Acredita que religião não interfere na formas de exposição	8		
AIDS melhor que outras doenças por ter cura	2		
Costumes familiares influenciam na exposição	6		
Não levar informação a sério	1		
Não se prevenir	2		
Não tomar cuidado com a vida	1		
Religião não interfere nas formas de exposição	8		
Costumes familiares influenciam na exposição	6		
Não usando preservativo por confiança	7		
Falando de outras igrejas sobre não uso de preservativos	1		
Mulheres sem força para impor desejos			
Acesso mais rápido ao sexo	3		
Religião influencia positivamente na exposição	8		
Sexo apenas após o casamento como proteção	8		
Prevenção associada a freqüência na igreja	2		
Casamento como proteção sexual	5		
Preservativo como controle de natalidade	16		
Pessoas religiosas não ligam para proteção	1		
Hábito de sair com várias pessoas	8		
Igreja ensina a lutar pela família	3		
Religião influencia na exposição	2		
Medo de punição	1		

Traição mesmo freqüentando a igreja	1		
Não conhecer seu parceiro	5		
Aprender sobre preservativo e doenças fora de casa	7		
Colocar religião em frente ao conhecimento	2		
Mudança de pensamento após frustração no relacionamento	1		
Falta de conversa sobre sexo com os pais	16		
Perda da confiança	2		
Religião não impõe nada	3		
Medo de falar sobre sexo – ASSUNTO TABU	2		
Nunca pensou na relação da religiosidade com exposição	2		
Deus não protege contra decisões tomadas quando se sabe do risco	2		
Igreja importante para alimentar a fé	2		
Exposição como morte	1		
Medo da exposição	4		
Pessoas soropositivos como pessoas normais	2		
Não saber que o outro possui a doença	9		
Não se deve rotular pessoas como sendo parte de um grupos de risco	1		
Exposição de jovens	1		
Impulsividade	2		
Homossexuais não estão mais passíveis que todos	3		
Conscientização sobre as formas de contágio e proteção	2		
Responsabilização do indivíduo sobre suas atitudes	2		
Não ter responsabilidade social	1		
Machismo	2		
Não informar que possui a doença	8		
Responsabilidade em relação a forma em que se leva a vida	1		
Falta de conversa sobre sexo com os pais	16		
Perda da confiança	2		
Religião não impõe nada	3		

Significando exposição ao HIV/AIDS com olhar conservador dos ensinamentos religiosos

124

Medo de falar sobre sexo – ASSUNTO TABU	2		
Nunca pensou na relação da religiosidade com exposição	2		
Deus não protege contra decisões tomadas quando se sabe do risco	2		
Igreja importante para alimentar a fé	2		
Exposição como morte	1		
Medo da exposição	4		
Pessoas soropositivos como pessoas normais	2		
Não saber que o outro possui a doença	9		
Não se deve rotular pessoas como sendo parte de um grupos de risco	1		
Exposição de jovens	1		
Impulsividade	2		
Homossexuais não estão mais passíveis que todos	3		
Conscientização sobre as formas de contágio e proteção	2		
Responsabilização do indivíduo sobre suas atitudes	2		
Não ter responsabilidade social	1		
Machismo	2		
Não informar que possui a doença	8		
Responsabilidade em relação a forma em que se leva a vida	1		
TOTAL UR:	249	Significando exposição ao HIV/ AIDS como condenação para o outro	39

